

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Logopedická intervence jako součást lázeňské péče

Speech therapy as a part of spa treatment

Jana Trembošová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Logopedická intervence jako součást lázeňské péče* vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, 18. 4. 2017

.....

podpis

Ráda bych upřímně poděkovala doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za její odborné vedení práce, cenné rady a laskavý přístup. Velice děkuji také všem účastníkům výzkumu, především tedy osloveným logopedkám, které se ochotně podělily o své praktické zkušenosti a poskytly tak informace potřebné k realizaci výzkumného šetření.

## **ABSTRAKT**

Předkládaná práce s názvem *Logopedická intervence v rámci lázeňské péče* má přiblížit působení klinického logopeda v rámci léčebně rehabilitačních pobytů. V tomto znění je také stanoven hlavní cíl práce a z něj vytvořeno několik dalších dílčích cílů. Jedním z nich je stanovení typu narušené komunikační schopnosti, která se v ordinacích logopedů ve zkoumaných zařízeních nejčastěji objevuje. Následuje úkol určit a popsat metody, které jsou logopedy nejvíce používány při diagnostice a v neposlední řadě snaha o zmapování postupů, kterých je nejvíce užíváno k terapii.

V rámci kvalitativního výzkumu byly použity techniky kvalitativního dotazování, a to polostrukturované rozhovory s logopedy a dotazníky vlastní konstrukce, které byly předloženy pacientům. Výzkumné šetření se uskutečnilo ve dvou lázeňských zařízeních stejného zaměření nacházejících se v Moravskoslezském kraji.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

logoped, logopedie, logopedická intervence, lázeňský pobyt, narušená komunikační schopnost u dospělých, komplexní rehabilitační péče

## **ABSTRACT**

The present diploma thesis called Speech Therapy as a part of Spa Treatment is about to describe the profession of the speech therapist as a part of a team in rehabilitation programmes. This is also the main objective of the thesis and other sub-objectives are created. One of these is to determine the type of communication ability that is most frequent in these types of facilities. Next sub-objective is identify and describe the methods that are the most used by speech therapist in diagnostics and, last but not least, to attempt to chart the most used therapies.

Semi-structured interviews with speech therapist and questionnaires, that were presented to patients, were used in qualitative research. The research was realized in two spa facilities of the same orientation located in the Moravian-Silesian Region.

## **KEYWORDS**

communication ability of adults, comprehensive rehabilitation, spa treatment, speech therapist, speech therapy, speech therapy intervention,

## Obsah

Úvod .....	6
1   Narušená komunikační schopnost .....	8
1.1   Afázie .....	9
1.2   Dysartrie .....	16
1.2.1   Dysartrie a dysfagie .....	20
1.3   Poruchy zvuku řeči .....	22
1.3.1   Rinolalie .....	22
1.4   Narušená komunikační schopnost při demenci .....	23
2   Logopedická intervence .....	26
2.1   Diagnostika .....	26
2.2   Terapie .....	29
2.3   Prevence .....	31
2.4   Rezorty poskytující logopedickou péči v České republice .....	32
3   Logopedická intervence v rehabilitačních zařízeních .....	38
3.1   Metody a cíle výzkumného šetření .....	38
3.2   Charakteristika rehabilitačních zařízení v Karviné - Darkov a Klimkovicích .....	39
3.3   Vlastní šetření .....	40
3.3.1   Zpracování dotazníků .....	40
3.3.2   Rozhovory s logopedy .....	46
3.4   Závěr výzkumného šetření a návrhy další logopedické intervence .....	56
4   Závěr .....	65
5   Seznam použitých informačních zdrojů .....	68
6   Seznam příloh .....	73

## Úvod

Nejen díky mnoha teoretickým definicím a všeobecně známým faktům, ale především z vlastních zkušeností každý z nás ví, jak důležitou roli zaujímá v našich životech komunikace. Ta se rozhodně neomezuje pouze na řeč a každý jedinec, mnohdy aniž by si to vůbec uvědomoval, komunikuje již svým samotným bytím. Navzdory všemu řeč a užívání jazyka patří k nejvýznamnějším složkám komunikačního procesu.

Od útlého věku jsem se setkávala skrze rodinu s příběhy osob, které z různých důvodů nebyly schopny vyjádřit svá přání, potřeby a názory prostřednictvím řeči, kterou se však před jistou událostí bez potíží dorozumívaly. Od této doby, kdy jsem se jako dítě seznamovala s životy těchto lidí, mi studium logopedie poskytlo informace o původu, průběhu, možných komplikacích a léčbě těchto potíží a nyní bych se ráda vrátila k době a prostředí, kde se poprvé zrodil můj zájem o tuto problematiku.

Vedle osobního zájmu bylo téma zvoleno také na základě aktuálnosti tématu logopedické péče u dospělých jedinců. Je dávno překonaným tvrzením, že profese logopeda znamená jen nápravu artikulace u dětí předškolního věku, ale mnohdy je právě logoped klíčovou osobou při pomoci znovuzískání ztracené či narušené komunikační schopnosti nebo nalezení vhodné alternativní nebo augmentativní metody právě u osob dospělých. V současné době vzrůstá počet osob s různými stupni a typy vad a poruch ať už v důsledku dopravních či jiných nehod, stále přibývajících neurologických onemocnění či celkových demografických proměn společnosti. V těchto případech je nutné jedince začlenit do komplexní rehabilitace a v zájmu předkládané práce je věnovat se jedné z jejích složek.

V této diplomové práci bylo hlavním cílem stanovení přiblížení funkce logopeda v rehabilitačních zařízeních. První z těchto zařízení, které je mi blízké od samého dětství, a sice Rehabilitační sanatorium Darkov v Karviné, bylo doplněno o druhé zařízení stejné specializace v Moravskoslezském kraji, Rehabilitační sanatorium Klimkovice. Za jeden z dílčích cílů si tato závěrečná práce klade zjistit stanovení typu narušené komunikační schopnosti, která se v ordinacích logopedů ve zkoumaných zařízeních nejčastěji objevuje. Dále pak určuje a popisuje metody, které jsou logopedy nejvíce používány při diagnostice a snaží se zjistit a přiblížit postupy, kterých je nejvíce užíváno k terapii. Není v zájmu této

práce vyvolat dojem, že za několikadenní logopedickou terapii lze docílit naprostého převratu a zbavit člověka, mnohdy s dlouholetými potížemi, veškerých jeho komunikačních problémů. Žádná složka rehabilitace by se však neměla brát na lehkou váhu a i přes nevalnou časovou dotaci lze při nejmenším člověka motivovat, což je první malý posun na cestě k významným pokrokům.

Práce je rozdělena na tři kapitoly. První dvě jsou teoretické a poskytují východiska pro výzkumnou část, která je obsahem třetí části. První kapitola seznamuje s nejčastěji se vyskytujícími získanými narušeními komunikační schopnosti u dospělých osob a u každé z nich rozpracovává jejich diagnostické postupy, klasifikaci, popisuje příčiny a zabývá se terapií. Druhá kapitola se orientuje na principy a složky logopedické terapie, při čemž ji situuje do oblasti dospělého věku. Dále rozlišuje logopedickou intervenci dle rezortů, kdy právě na zdravotnický rezort je zaměřen výzkum.

Úvodem třetí části práce je charakteristika dvou zařízení, ve kterých byl realizován vlastní výzkum. Byly použity techniky kvalitativního dotazování, kdy byly provedeny polostrukturované rozhovory s logopedkami, které působí v některém ze dvou sanatorií Moravskoslezského kraje. Dále byly pacientům rozdány dotazníky, které měli možnost vyplnit samostatně nebo s pomocí. Práce je uzavřena shrnutím získaných poznatků a doplněna o doporučení k praktickému využití.



## 1 Narušená komunikační schopnost

Komunikace nás provází doslova celý náš život. Jak píše Lechta (2007b), jedinec zahajuje první momenty svého života komunikací a stejně tak je to také aktivita, která ho doprovází při jeho odchodu. Není možné, navzdory tomu, co se stále můžeme dočíst nebo doslechnout v některých diagnózách, ať u vytvořených laiky či odborníky, aby člověk zcela *nekomunikoval*.

### Narušená komunikační schopnost v dospělém věku

*Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několika rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru* (Lechta, 2003, s. 17).

Lechta (2007b) uvádí deset základních kategorií narušené komunikační schopnosti, které zahrnují veškeré věkové skupiny. Vzhledem k povaze práce se však nelze věnovat podrobně všem věkovým kategoriím a zaměřujeme se tedy na skupinu dospělých. Ty nejzávažnější poruchy zde vznikají mnohdy na bázi úrazů a traumat CNS či orofaciální oblasti, dále pak na základě onkologických nebo neurologických onemocnění CNS (Neubauer, 2007b). Do skupiny NKS v dospělém věku neodmyslitelně patří také poruchy hlasu, a stále častější potíže spojené s potřebou využívat svůj hlasový projev při profesi, čehož si naše doba žádá čím dál usilovněji.

Neubauer (1998) konkrétně rozděluje poruchy řeči u dospělých na poruchy na **bázi postižení řečových mechanismů**, ke kterým řadí přetrvávající a akcelerované poruchy (dyslalie, balbuties, tumultus sermonis) a poruchy vzniklé v tomto období (dysfagie, dysartrie, řečová apraxie, dysfonie, rinolalie). Druhou skupinou jsou **poruchy na bázi postižení fatických a kognitivních funkcí**, kam opět přiřazuje přetrvávající a akcelerované poruchy (poruchy učení, mentální deficit) a poruchy vzniklé v tomto období (afázie, demence, duševní onemocnění).

## 1.1 Afázie

*„...ano, tenis, musím se zeptat, jak jí to jde. Snažím se to vyslovit a naznačuju rukou pohyb raketou. Nepochopila to a vyděšeně na mě zírá, možná si myslí, že ji chci uhodit. Chtělo by se mi s ní zacloumat a zakřičet: „Jsem to pořád já, normálně mi to myslí, jen ti to nemůžu říct!...Jsem jenom poloviční lidská atrapa.“ (Bartoníčková, Dvořáková, 2009, s. 54)*

Úryvek z novely inspirované životním příběhem afatičky Viktorie Bartoníčkové, která je ve spolupráci s editorkou a lektorkou češtiny pro cizince Alžbětou Dvořákovou také autorkou knihy, by mohl emotivně shrnout toto komplikované narušení komunikační schopnosti z pohledu samotného afatika. Roku 2000 založila Bartoníčková občanské sdružení Klub Afasie, aby pomohla nejen sobě, ale také ostatním pacientům stížených tímto onemocněním.

Význam slova afázie pochází z řeckého basis – řeč, a- znamená zápor. Jde o vyšší kortikální poruchu, ztrátu exprese nebo rozumění řeči v důsledku ložiskového poškození mozku (Čecháčková, 2007). Afázie je tedy narušená komunikační schopnost, kdy se jedná o ztrátu plně rozvinuté nebo do doby onemocnění standardně se vyvíjející řeči, respektive některé ze složek komunikačních schopností (Kutálková, Palodová, 2007).

### Etiologie afázie

K nejčastějším příčinám vzniku afázie patří cévní **mozková příhoda**, kdy se dále dělí na CMP **hemoragickou** (krvácení) a **ischemickou** (nedokrvení). Ke krvácení do mozku nejčastěji dochází z důvodu *hypertenze*. Dalšími možnostmi je prasklé *aneurysma* nebo *mozkový nádor*. *Výron* (hematom), který může vzniknout po úraze hlavy, se může buďto vstřebat nebo začít utlačovat okolní mozkovou tkáň. Krvácení se nejčastěji vyskytuje v oblasti bazálních ganglií; mozkových laloků, mozkového kmene a mozečku a mezi mozkovými plenami (intermeningeální krvácení). V druhém případě, tedy u nedokrvení mozku může jít o několik příčin. První z nich je *systémová hypoperfuze*, kdy je průtok krve snížen z důvodu srdeční choroby nebo poklesu krevního tlaku. K *trombóze* dochází zpravidla pozvolna a příčinou je arterioskleróza (kostnatění tepen). V případě uzavření

mozkové tepny krevní sraženinou mluvíme o *embolii*, která se naopak vyznačuje velmi prudkým nástupem (Čecháčková, 2007).

Druhou nejčastější příčinou neurogenní poruchy řeči jsou **úrazy CNS**. Až 50% dopravních nehod provází úraz mozku a z toho zhruba u třetiny vzniká jako následek porucha řečové komunikace (Neubauer, 2007d). Poškození mozku můžeme dle typu dělit na otřes (komoce), zhmoždění (kontuze) a stlačení (komprese). Komoce ve většině případů nezpůsobuje poruchu řeči. Kontuze se projevuje krvácením, porušením mozkové tkáně, někdy edémem mozku. Mezi příznaky patří amnézie, křeče, závratě, horečka, poruchy řeči, vegetativní poruchy, snížená výkonnost mozku a přítomný bývá také stav bezvědomí. Pokud edém mozku narůstá, hrozí v důsledku zvýšeného nitrolebního tlaku vznik komprese. K poškození mozkových struktur může také dojít při chirurgických zákrocích prováděných z důvodů nevyhnutelných zásahů do mozku (Kejklíčková, 2011).

I **nádor** mozku může být příčinou vzniku fatické poruchy. Nezáleží přitom, zda je benigní či maligní, ale na jeho lokalizaci. Při zánětlivých onemocněních je příčinou infekce a podle toho, zda je postižen mozek, mozkové blány nebo obojí rozlišujeme encefalitidu, meningitidu a meningoencefalitidu (Kejklíčková, 2011).

Čecháčková (2007) dále upozorňuje na nárůst užívání drog a alkoholu a s tím přibývajících **intoxikacemi** mozku a taktéž možným vznikem fatické poruchy.

Mezi nejčastější **degenerativní onemocnění** s následnou příčinou afázie je Alzheimerova choroba a dále choroba Pickova (Neubauer, 2007b).

### **Symptomatologie afázie**

Příznaky fatických poruch, které se v různé míře vyskytují v závislosti na konkrétním typu afázie, přehledně popisuje Čecháčková (2007). Patří k nim **poruchy fluence**, **parafázie** (deformování slov), **parafrázie** (deformace větného vyjádření), **poruchy rozumění**, **perseverace** (ulpívání na předchozím tématu bez jeho dalšího působení), **anomie** (porucha pojmenování) a **neologismy** (chybné vytváření slov vyúsťující v nesmyslné sdělení).

## **Klasifikace afázie**

Afázii můžeme dle projevů zařadit do osmi klinických syndromů. Ty byly popsány již v devatenáctém století, když Paul Pierre Broca (traumatolog) popsal v roce 1861 motorickou afázii. Tehdy se začal rozvíjet výzkum řeči spojené s její lokalizací v mozku. Hovoříme o prvním období afaziologie. Jiný typ poruchy, a sice senzorickou afázii, popsal o 13 let později Karl Wernicke. Dalším důležitým mezníkem byla poté klasifikace plynulosti a neplynulosti, o kterou se roku 1964 zasloužili Howes a Geschwind (Kulišťák, 2011).

Dnes již víme, že vyšší psychické funkce nelze přiřazovat k jednotlivým izolovaným centrům v mozku, z čehož vycházel právě Broca a Wernicke, ale že jde o komplexní systém, do kterého je zapojeno více oblastí mozku. O tuto teorii se opírala také koncepce ruské neuropsychologické školy, jejímž zakladatelem byl Lurija (Cséfalvay, 2010).

V současné době se nejvíce uplatňuje Bostonská klasifikace, jejíž terminologie sice užívá jmen těch, jež přisuzovali jednotlivým typům afázie konkrétní mozkové oblasti (Broca, Wernicke), nicméně jejich definice jsou náležitě pozměněny v souladu s moderními poznatky (Cséfalvay, 2010). Tuto Bostonskou klasifikaci zobrazuje následující tabulka (Cséfalvay, 2010, s. 18):

Klinický syndrom afázie	Fluence	Spontánní řeč	Porozumění	Opakování	Pojmenování
<b>Brocova afázie</b>	Nonfluentní	Agramatická parafrázie	Lehké až těžké poruchy	Narušeno	Narušeno
<b>Globální afázie</b>	Nonfluentní	Absentuje řečová stereotypie	Těžce narušeno	Těžce narušeno	Těžce narušeno
<b>Transkortikální motorická afázie</b>	Nonfluentní	Echolálie	Lehké až středně těžké poruchy	Nenarušeno až lehce narušeno	Narušeno
<b>Smíšená transkortikální afázie</b>	Nonfluentní	řečové stereotypie	Těžce narušeno	Nenarušeno až lehce narušeno	Narušeno
<b>Wernickeho afázie</b>	Fluentní	Parafrázie, neologismy	Těžce narušeno	Narušeno	Narušeno
<b>Konduktivní afázie</b>	Fluentní	-	Lehce narušeno	Těžce narušeno, fonemická parafrázie	Lehce narušeno
<b>Amnestická afázie</b>	Fluentní	Anomické pauzy	Lehce narušeno	Zachováno	Narušeno
<b>Transkortikální senzorická afázie</b>	Fluentní	Echolálie	Těžce narušeno	Zachováno	Narušeno

### Diagnostika afázie

Jak uvádí Cséfalvay (2007) i přes značné zlepšení v posledních letech, stále se setkáváme se zakořeněným očekáváním co nejrychlejší diagnostiky za účelem včasného zahájení terapie. Nejen u afázie je v logopedii však správná a důkladná diagnostika klíčovým úkolem a základním předpokladem úspěšné následné terapie.

V minulosti byla diagnostika afázie u nás (i na Slovensku) výhradně prací lékařů. Koncem 20. století se začali snažit prosadit ji do své kompetence také kliničtí logopedi. Dnes se klade důraz na návaznost a to s platností u všech neurogenních motorických poruch řečové komunikace. Tedy lokalizace léze CNS je v kompetenci neurologa, bezprostředně následuje klinické zhodnocení řečové produkce a dále klinická logopedická diagnostika symptomů poruch řečové komunikace (Neubauer, 2007d). Logopedická diagnostika slouží

ke stanovení počátku a naplánování průběhu následné logopedické terapie (Neubauer, 1998).

Vzhledem k šíři možných diagnostických postupů je jejich přehled obsažen v příloze č. 1

### **Terapie afázie**

Cséfalvay (2010) uvádí, že se stále často setkáváme s poněkud skeptickým názorem odborníků, že terapie afázie rok od jejího vzniku již není příliš efektivní. Problém však může být ve střetu výrazné potřeby intenzity na zlepšení stavu s běžnou praxí, kdy logopedické terapie často nepřesahují jednu terapii za týden.

Terapie afázie spadá do kompetence odborníků z oboru logopedie, psychologie, neuropsychologie, psychiatrie a fyzioterapie. Úspěšnost závisí na rozsahu a lokalizaci léze, a s tím souvisejícím typem a stupněm řečové poruchy (Obereigner, 2013). Jakých výsledků se podaří dosáhnout, závisí také na výši již zmíněného úsilí. Je potřeba vždy včas a realisticky informovat rodinu a průběžně přizpůsobovat cíle reedukace (Kutálková, Palodová, 2007).

Kutálková a Palodová (2007) přirovnávají práci s afatiky k terapii s dysfatickými pacienty. Uvádí, že u obou skupin je základní zásadou metoda malých kroků, minimální akce a pozitivní motivace. Zároveň však upozorňují na nutnost vycházet při terapii ze základní příčiny této poruchy, která je u těchto dvou skupin naprosto rozdílná.

Cséfalvay (2011) rozděluje dva základní směry, podle nichž lze jednotlivé terapeutické postupy rozlišit. Jde o přístup kognitivně-neuropsychologický a funkcionální (také pragmatický).

U **kognitivně-neuropsychologického přístupu k terapii afázie** se vychází z modelu jazykových procesů, označuje se jako „model-based therapy“. Důležitým východiskem je pečlivá diagnostika. Dle Cséfalvaye (2007) se vychází z důkladné znalosti všech specifik NKS daného pacienta a jeho mozkové léze. Následně se plánuje terapie orientovaná na jednotlivé narušené moduly řeči. U terapie je pak důležitá průběžná analýza výsledků, stejně jako po jejím ukončení.

U **pragmatického přístupu k terapii afázie** je cílem především co největší rozvoj schopnosti používat a rozumět jazyku v kontextu. Na rozdíl od předešlého přístupu se tak tento směr orientuje na komunikaci jako celek. Vychází se z předpokladu, že pragmatická rovina je jednou z nejméně narušených rovin u afatiků. Pacient je v těchto orientovaných postupech stavěn jak do role příjemce, tak i produktora informace. Akceptována je každá forma dorozumívání, tzn. mluvená řeč, psaní, kresba, gesta i kombinace (Cséfalvay, 2011).

Cséfalvay (2010) také zdůrazňuje význam skupinové terapie u afatických pacientů. Vzhledem k nabyté ztrátě komunikačních schopností jsou tito jedinci ohroženi sociální izolací. Terapie ve skupině by tak měla alespoň částečně pomáhat vytvářet komunikační příležitosti a této socializaci se pokusit zabránit.

První z technik, kterou uvádí Cséfalvay (2011) jako reprezentanta pragmatického přístupu je **PACE – Promoting Aphasia Communicative Effectiveness** (1985 - Davis, Wilcoxová). Smyslem této terapie je modelace konverzační situace, kdy je mezi pacientem a logopedem vyměněna skutečná informace. Role komunikačních partnerů se střídají a jsou akceptovány veškeré komunikační modalities (mluvená řeč, kresba, gesta,...). Realizace může být například pomocí obrázku, kdy si oba účastníci terapie navzájem zjišťují co na nich je (Neubauer, 2007d).

Další poměrně hojně využívanou technikou v této rovině je tzv. **konverzační trénink**. Při využití této metody jde zpočátku o přípravu tzv. scénářů. Jedinec s afázií nacvičuje různé modelové situace z každodenního života. Na přípravě konkrétního scénáře se podílí samotný pacient, logoped, popřípadě členové konverzační skupiny (Cséfalvay, 2007).

Cséfalvay (2007) také vychází z tzv. IDH (impairment, disability, handicap) klasifikace WHO a terapie dělí do následujících rovin:

**Terapie zaměřená na obnovení narušené funkce** – logoped se soustřeďuje jen na jednotlivé izolované složky (např. pojmenování, čtení, psaní, porozumění, opakování). Předpokladem je, že po úplném nebo alespoň částečném obnovení dané funkce se zlepšení projeví i na celkové komunikační schopnosti. Patří zde např. kognitivně-neuropsychologicky orientovaný přístup (podrobněji výše).

**Terapie zaměřená na narušenou komunikační schopnost** – jak již název napovídá, zde není terapie zaměřena na specifické jazykové funkce, ale na komunikační schopnost komplexně. Smyslem je podpora kompenzačních mechanismů, třebaže na úkor zachování horšího stavu jednotlivých složek. Do tohoto směru řadíme například tyto terapie: kresba jako komunikační nástroj, trénink konverzace mezi jedincem s afázií a jeho partnerem, trénink multimodální komunikace.

**Terapie zaměřená na zmírnění následků NKS** – vzhledem k nesporným psychosociálním důsledkům afázie, je cílem terapií zaměřených na následky odstranit, zmírnit, popř. předejít potížím v této oblasti. Pomocí třeba skupinové terapie jedinec trénuje přirozené situace a simultánně se mu dostává podpory k překonání handicapu.

Nyní uveďme několik příkladů konkrétních terapeutických postupů:

### **Melodicko-intonační terapie**

Využívá vliv melodie a rytmu na řeč. Lze ji aplikovat u pacientů s neplynulým typem afázie a pomáhá u nich k iniciování vlastních slov a větných spojení (Cséfalvay, 2010). Velmi hrubým východiskem je, že zpěv je funkcí, za níž je odpovědná pravá hemisféra, na rozdíl od mluvení, jehož centrum je umístěno v levé hemisféře. Moderní neurologické zobrazovací metody umožňující výzkum v této oblasti nám ukazují, že po uplatnění MIT byla zaktivizována levá hemisféra, a to především u chronických pacientů (Cséfalvay, 2007). Neubauer (2007d) uvádí, že tato technika bývá zařazována mezi terapie kognitivně-neuropsychologického charakteru.

Vhodnými kandidáty pro tuto terapii jsou pacienti s Brocovou afázií, tedy s nonfluentním řečovým projevem a velmi těžkým postižením produkce řeči. Naopak je potřeba jistá úroveň porozumění pro pochopení instrukcí logopeda (Cséfalvay, 2007).

### **Kresba jako komunikační prostředek**

Cséfalvay (2007) popisuje rozdíl mezi kresbou u pacientů s levohemisferální afázií a pravohemisferální tak, že ti jedinci, jejichž léze byla lokalizována v levé hemisféře, mají kresbu zjednodušenou a bez detailů, ale záměr zůstává dobře čitelný. Naopak kresba



pacientů s pravoemisferálními deficity disponuje mnoha detaily, ale komplexně postrádá smysl nebo je do značné míry zkreslen.

Zásadou využití kresby při komunikaci je nehodnotit kvalitu kresby, dále účast konverzačního partnera při facilitaci a posílení vzájemné interakce. Kresba by měla být také využívána v přirozených situacích (Cséfalvay, 2007).

Terapie je vhodná pro pacienty s těžkou řečovou expresí, přitom musí být do jisté míry zachováno porozumění. Terapie postupuje od překreslování a tréninku zjednodušené kresby se zaměřením na podstatný detail po samotný nácvik konverzace s využitím kresby. Cílem je naučit pacienta zachytit pointu a samostatně ji pomocí kresby reprodukovat.

### **Vysoce automatizované formy řeči**

Vysoce automatizované formy řeči jsou většinou součástí komplexních vyšetřujících postupů a při terapii jsou často využívány ke stimulaci řečové exprese. Pod řečovými automatismy si lze představit v dětství naučený verbální materiál v průběhu života natolik používaný, až došlo k jeho automatizaci a nyní je vyžadována minimální volní kontrola pro jeho produkci. Řadíme zde například abecedu, dny v týdnu, roční období, přísloví ale také třeba pozdrav, poděkování atp. (Košťálová, 2007). Na tomto principu je založeno hned několik terapeutických postupů.

## **1.2 Dysartrie**

Dysartrie je narušení komunikační schopnosti týkající se motorické realizace řeči. U těchto pacientů není tedy potíží se symbolickými funkcemi, jak je tomu u afázie (Cséfalvay, 2010).

### **Etiologie dysartrie**

Příčinou vzniku dysartrie je neurologická porucha vedoucí k poškození motorického systému, které se může nacházet v jakékoli části dráhy od mozku, po samotný sval. Dysartrii tedy může způsobit jakékoliv onemocnění či úraz, které negativně ovlivňuje hybnost, koordinaci a plánování pohybů svalstva podílejícího se na řeči (Love, Webb, 2009).

Přehledný výčet možných příčin vzniku dysartrie uvádí Klenková (2006), kdy podle doby vzniku poruchy rozlišuje období **prenatální** (úrazy matky, infekční onemocnění matky, Rh-inkompatibilita, krvácení do mozku plodu z důvodu nedostatečného množství vitamínu K, nitroděložní změknutí mozku, nedonošenost, snaha o interrupci atd.), **perinatální** období (asfyxie), **postnatální** období (záněty mozku a mozkomíšních blan, horečnatá onemocnění, intoxikace) a obtíže vzniklé v **pozdějším věku** (cévní onemocnění, záněty mozku, nádory, metastázy, úrazy, degenerativní onemocnění, RS, intoxikace).

### **Klasifikace a symptomatologie dysartrie**

Na realizaci mluvené řeči se podílí respirace, fonace, artikulace, rezonance a prozodie. V případě přítomné dysartrie jsou jednotlivé složky v různé míře poškozeny v závislosti na typu poruchy.

Jak je již uvedeno výše, příčinou dysartrie je vždy organické poškození mozku. Toto poškození se může nacházet v kůře mozkové, drahách, podkorových centrech, mozečku nebo periferních nervech. Z těchto jednotlivých komponent také vychází klasifikace, kdy se podle lokalizace narušení označuje konkrétní typ dysartrie. Dle Kejklíčkové (2011) rozdělujeme tedy dysartrie na sedm specifických typů: **korová dysartrie**, **pyramidová dysartrie**, **extrapyramidová dysartrie** (1. hypertonicko-hypokinetická forma, 2. hypotonicko-hypertonický typ), **bulbární dysartrie**, **mozečková (cerebelární) dysartrie** a **kombinovaná dysartrie**.

### **Diagnostika dysartrie**

Cílem diagnostiky u dysartrie je dle Cséfalvaye a kol. (2013) zjištění, kdy potíže při mluvení vznikly a jaký měly průběh a dále aktuální formální stránky řeči. Diagnostika by měla pojímat veškeré komponenty podílející se na řeči, což je dýchání, fonace, rezonance, artikulace a prozodie.

Nejrozšířenější diagnostickou metodou v anglicky mluvících zemích je podle Neubauera (2007a) **Dysarthria Profile**, jejíž autorkou je Britka Sandra Robertson. Kromě angličtiny je tato verze dostupná také ve francouzštině. Škála diagnostikuje postupně 8 oblastí: respiraci, fonaci, faciální svalové činnosti, diadochokinezi, reflexní činnosti související

s polykáním, žvýkáním a kašláním, artikulaci, srozumitelnost četby a mluvy, tempo a prozodii řeči.

Další metodou hojně v zahraničí využívanou je **Frenchay Dysarthria Assessment**, kterou roku 1983 popsala Pam Enderby. Tento test považuje Cséfalvay (2013) jako nejrozšířenější diagnostický postup v zahraničí. Výsledek může ukázat přítomnost jedné z pěti základních typů dysartrie (spastická, flacidní, ataktická, extrapyramidová a smíšená). Původní test vyhodnocuje pomocí devítistupňových škál následující oblasti:

- Reflexy, pohyby rtů, jazyka a spodní čelisti, srozumitelnost řeči.
- Vyšetření sluchu a zraku, hodnocení stavu chrupu, jazykových schopností psychických zvláštností. Držení těla.
- Ostatní faktory – analýza rychlosti mluvení a kinestéze pohybu

Upravená verze z roku 2008 již neobsahuje některé původní úkoly (např. pohyby čelisti). Upravena byla některá kritéria, zohledněny nové lingvistické poznatky a získané normy.

V našich podmínkách je nejčastěji využívaným testem pro diagnostiku dysartrie **Test 3F**, jehož autory jsou Roubíčková a Hedánek. První verze byla vydána v roce 1997. Nejnovější verze z roku 2011, která je k dispozici také v elektronické podobě.

Test je rozdělen na tři subtesty (faciokineze, fotorespirace, fonetika). Každý z těchto subtestů obsahuje ještě další tři části a každá část disponuje pěti úkoly. Všechny úkoly se hodnotí 0 (úkol neprovedl nebo jen naznačil), 1 (úkol provedl s potížemi) nebo 2 body (úkol provedl správně). Při váhání vyšetřujícího je k dispozici znaménko +, které představuje 0,5 bodu. Samotnému vyšetření předchází orientační předtestové vyšetření, které poskytuje lepší oporu pro vyšetřujícího, nicméně se nezapočítává do výsledného dysartrického indexu (profilu). Dysartrický index (DX) vyjadřuje stupeň poruchy (maximum pro intaktní populaci je 90b.). Dysartrickým profilem (DP) je nazýván druhý automaticky vygenerovaný výsledek, který představuje bodový součet za každou jednotlivou část, které jsou zobrazeny v grafu. Z výsledné křivky lze pak zřetelně vidět, ve které složce má pacient potíže vzhledem k ostatním. Časová náročnost je zhruba 30 – 60 minut (Roubíčková a kol., 2011). Autoři poukazují na výhody elektronického testu, který

automaticky generuje oba výsledky (DX + slovní hodnocení, DP) a dokáže zaznamenat tři různé výsledky obou těchto hodnot u jednoho pacienta.

### **Terapie dysartrie**

Vzhledem k povaze práce jsou uvedeny terapeutické postupy využívané u pacientů a klientů dospělého věku. U získané dysartrie je opět kladen velký důraz na včasné zahájení celkové rehabilitace a s tím související logopedické péče. Neubauer (2011a) zdůrazňuje, že již v období postakutní péče by se pacientovi mělo dostávat od všech členů ošetřujícího personálu dostatek stimulů a celkově komunikačně kladného prostředí.

Pro co nejúspěšnější průběh terapie je zapotřebí volba optimální kombinace různých terapeutických postupů. Přehled těch, které lze využít u získané dysartrie u dospělých osob uvádí Neubauer (2011a):

**Svalová relaxace a stabilizace svalového napětí v oblasti mluvidel** – stabilní řečový projev vychází z celkové stability celého těla a jeho přiměřeného tonusu. Využívá se Jacobsonův trénink progresivní relaxace nebo autogenní trénink. Metody Jacobsonova tréninku jsou založeny na cíleném uvolňování svalových skupin na základě pocíťování kontrastu uvolnění a maximální kontrakce. Autogenní trénink vychází z neurofyziologických poznatků, jógy i autosugesce. Skrze svalovou relaxaci docílíme relaxaci psychické, duševního klidu a lepšího soustředění (Průcha, Walterová, Mareš, 2013).

Cílem **modifikace cvičení respiračních, fonačních, artikulačních a rezonančních** je obnova a stabilizace motorických řečových schopností, odstranění či zmírnění souhybů svalů, zlepšení koordinace dýchání, podpora správné tvorby hlasu a funkce patrohltanového uzávěru. Cviky je vhodné provádět před zrcadlem několikrát denně.

**Přístrojové pomůcky** – zcela přirozeně sehrávají technické pomůcky ve více oblastech logopedie čím dál podstatnější roli. Není tomu jinak ani u terapie dysartrie kdy se využívá například zesílené sluchové vazby skrze sluchátka, telefon pro upevnění nacvičených dovedností nebo rytmizace pomocí metronomu. Pro rozbor řečového projevu lze využít

zvukové nahrávky či video. Co se počítačových programů týče, v našich podmínkách je logopedy používán program Visible Speech nebo Speech Viewer.

**Využití neverbální komunikace a komunikačních pomůcek** – tyto kompenzační postupy představují například komunikaci pomocí písma, obrazových symbolů či posunků. Využitelné jsou zejména u těžkých dlouhodobých poruch.

**Skupinové terapie** – mohou mít podobu nácviku skutečných komunikačních situací, jako je tomu např. u metody PACE, kterou známe především z oblasti terapie afázie.

### 1.2.1 Dysartrie a dysfagie

Dysfagii by se jistě dala věnovat samostatná kapitola, nicméně vzhledem k vysokému výskytu poruch polykání současně s přítomnou dysartrií je zařazena právě do souvislosti s touto NKS.

Pojmem dysfagie se označují poruchy polykání různého stupně vzniklých na bázi neurologického poškození jak v důsledku narušení nervového systému, tak celého komplexu procesů podílejících se na polykání. Poškozeny mohou být různé fáze polykacího aktu (Dobias, 2014).

Fyziologicky se polykání rozděluje na fázi přípravnou (vědomá), orální (vědomá/nevědomá, 1-1,5s), faryngální (nevědomá, 1s) a ezofaryngeální (Kaulfussová, 2007).

### **Etiologie dysfagie**

Dysfagie může mít mnoho příčin, nejčastějšími jsou však zánětlivá, neurologická a onkologická onemocnění v oblasti hlavy a krku (Kaulfussová, 2007). Kejkličková (2011) uvádí statistiku, která zjišťuje výskyt dysfagie u osob starších 75 let ve 45 % případů.

### **Symptomatologie dysfagie**

- **Aspirace** – predeglutivní (důsledek poruchy kontroly bolusu v orální fázi), intradeglutivní (porucha nevědomé fáze polykání), postdeglutivní (důsledek narušené fáze po polknutí potravy, kdy se zbytky dostávají do průdušnice), (Kaulfussová, 2007).

- **Leaking** – předčasný vstup především tekutého materiálu do hltanu, což je důsledek opožděného polykacího reflexu (Dobias, 2014).
- **Hypersalivace** – zvýšené vylučování slin; může dosahovat lehké, střední, těžké nebo silné úrovně. Dle místa shromažďování salivace můžeme rozlišit přední či zadní, kdy se orální sekret shromažďuje v zadní části krku (hypofarynx) a za normálních okolností by měl stimulovat polykací reflex (Dvořák, 2007).

Mezi další symptomy zařazuje Dobias (2014) **nazální regurgitaci** (průnik tekutin nebo jídla do dutiny nosní), **zadržování slin a potravy** v ústech, potíže se **žvýkáním**, poruchy **formování bolusu** a jeho **transportu**, **prodloužení** některé z fáze polykání v závislosti na lokalizaci poruchy, časté nutkání k **odkašlávání**, **kašel** před při nebo po polknutí, atd.

### Diagnostika dysfagie

V ideálním případě by diagnostika poruchy polykání měla probíhat interdisciplinárně. Na klinickém vyšetření se může podílet lékař, klinický logoped nebo speciálně vyškolená sestra. Důležitou součástí je také ORL vyšetření (Tedla a kol. 2009). Autor uvádí tři základní kroky ke komplexní diagnostice dysfagie, a to **získávání informací** o symptomech, době trvání, charakteru obtíží. Následuje **vyšetření orální motoriky**, kdy se sleduje symetrie tváře, retný uzávěr, stav dentice, tonus jazyka a jeho motorika, stav sliznic v dutině ústní, pohyb vela, citlivost rtů, tváří, jazyka a brady. **Posouzení orální kontroly a polykání** probíhá buďto nepřímou, kdy pacientovi či klientovi kdy kulatou část pomůcky ve tvaru lízátko mezi zuby a tvář a požádáme ho, aby ji přesunul na stejné místo na druhou stranu a zpět nebo přímo podáním bolusu potravy či tekutiny.

Z lékařských vyšetření uvádí Kaulfussová (2007) ORL a foniatrické vyšetření, jakožto základ diagnostiky dysfagie, elektromyografii (EMG), elektromagnetickou artikulografii, endoskopii, videofluoroskopii a ultrasonografii.

V zahraničí je u logopedů poměrně běžné využití tzv. Dysfagia bedside testu. Díky tomu je možné určit způsob polykání, průběh orální fáze a správně tak směřovat rehabilitaci již od akutní fáze. Vyšetření zjišťuje např. pohyblivost spodní části dutiny ústní, jazyky a hrtanu za pomoci hmatu; způsob žvýkání a polykání pevné a tekuté stravy; délku orální a

faryngeální fáze polykání; kašlací a dávivý reflex a pohyblivost měkkého patra; zjištění koordinace dýchání a žvýkání, polykání (Kaulfussová, 2007).

### **Terapie dysfagie**

V převážné většině případů je dostačující nechirurgická terapie, při čemž naprostým základem je úprava přijímané stravy. Při selhávání tohoto postupu lze přistoupit k léčbě chirurgické, která spočívá v oddělení dýchacích a polykacích orgánů (Tedla a kol, 2009).

Logopedickou terapii poruch polykání stručně charakterizuje Kejklíčková (2011) a rozděluje je do tří skupin na metody **restituční**, **kompensační** a **adaptační**.

## **1.3 Poruchy zvuku řeči**

Hlas vzniká díky pohybu hlasivek, které rozkmitají vzduchový sloupec nad nimi, typicky lidského hlasu však nabývá až přechodem přes rezonanční dutiny, kterými jsou dutina hrtanová, hltanová, ústní, nosohltanová a nosní. Velmi důležitou úlohu sehrává měkké patro, na jehož funkci závisí správnost řečové produkce. Pokud patrohltanový mechanismus (pevnost uzávěru měkkého patra a zadními a bočními stěnami hltanu) správně funguje, mluvíme o rezonanční vyváženosti. Znamená to, že oralita i nazalita jsou v rovnoměrném poměru (Kerekrétiová, 2003).

### **1.3.1 Rinolalie**

Rinolalie, neboli huhňavost je porucha rezonance dutiny nosní při mluvení (Dvořák, 2007).

#### **Klasifikace a etiologie rinolalie**

**Otevřená huhňavost** vzniká v tom případě, kdy je ústní dutina spojena s nosní dutinou nejen při tvorbě nosovek, ale také orálních hlásek. Tím vzniká typické nosové zabarvení z toho důvodu, že artikulační proud při realizaci hlásky nesměruje do nosu, nýbrž do dutiny ústní. Příčiny, které se připisují této poruše, se dělí na orgánové a funkční, vrozené a získané (Kerekrétiová, 2003):

**Zavřená huhňavost** je, jak už název napovídá, snížení nebo chybění nosovosti z toho důvodu, že výdechový artikulační proud směřující do nosu nemůže volně procházet nosem za účelem získání potřebné nosovosti. Děje se tak v důsledku poruchy velofaryngeálního

uzávěru či překážky v nose. Příčiny opět dělíme na orgánové a funkční, vrozené a získané a navíc na přechodné a trvalé (Kerekrétiová, 2007).

**Smíšená huhňavost** je přítomna v tom případě, kdy je patrohltanový uzávěr nedostačující a zároveň je ještě patologicky zmenšený prostor rezonančních dutin (Sovák, 1981).

### **Diagnostika rinolalie**

U rinolalie je samozřejmostí interdisciplinární diagnostika, na kterém by se měl podílet pediatr, foniatr, ORL lékař, neurolog a logoped.

Logoped má k dispozici následující vyšetřovací zkoušky (Klenková, 2006): Gutzmanova A-I zkouška, Czermakova zkouška, zkouška nafouknutí tváří, zkouška otofónem, spirometrická zkouška, zkouška velofaryngometrem a manometrická zkouška.

### **Terapie rinolalie**

U huhňavosti je primární pediatrická péče, kdy je vhodné zvážit eventuelní chirurgický zákrok. V pozdějším věku následuje zařazení foniatrické intervence, které předchází důsledná foniatrická diagnostika a s nástupem rozvoje expresivní řeči lze započít logopedickou intervenci. U logopedické intervence rozdělujeme cvičení na zlepšení patrohltanového uzávěru na **pasivní** a **aktivní**. U aktivního přístupu jsou to například různé foukací hry, dechová a polykací cvičení, napodobování zvuků, artikulační cvičení, apod. (Kerekrétiová, 2007).

## **1.4 Narušená komunikační schopnost při demenci**

I přes to, že jak tvrdí Kulišťák (2011), řečové funkce jsou jedny z těch, které za normálních podmínek zůstávají zachovány do velmi vysokého věku, potýkáme se s dlouhodobými demografickými změnami společnosti. S věkem pak přibývá různých typů demencí, které komunikační schopnost ovlivňují a na tuto skutečnost je potřeba se připravit.

Syndrom demence je psychická porucha, kdy většinou na základě organického onemocnění mozku dochází k úbytku kognitivních funkcí. Projevy lze přitom pozorovat nejen na kognitivní úrovni, ale také v oblasti chování, komunikace a objevit se mohou také symptomy psychických poruch (Neubauer, 2007c).



**Příčin vzniku** demence může být mnoho a jejich stanovení je pro následnou péči důležité. Rozdělení těch nejčastějších uvádí Love a Webb (2009):

Demence Alzheimerova typu (doposud neléčitelný a nejčastěji zastoupený typ demence), Pickova choroba, Ischemické epizody vedoucí k mnohočetným infarktům (druhý nejčastěji se vyskytující typ demence), Extrapiramidový syndrom (Huntingtonova choroba, Parkinsonova choroba). V menším zastoupení mohou být příčinami také deprese, hydrocefalus, metabolické poruchy, toxické příčiny, traumata, novotvary, infekce CNS, demyelinizací onemocnění.

### **Klasifikace a symptomatologie demence**

Demence lze rozdělit na tři typy. Love a Webb (2009) uvádí **kortikální demence**, **subkortikální demence** a **smíšené demence**.

Jiné dělení uvádí Jiráček (1998), který demence rozlišuje do tří skupin a seřazuje podle výskytu. Nejčastější je **demence atrofická – degenerativní** (Alzheimerova choroba), dále **ischemická – vaskulární** (vznikají při onemocnění, které způsobuje mozkovou ischemii) a také **symptomatické demence** (celkově nejedinejší, avšak nejrozmanitější, patří zde na 60 různých příčin demence).

**Diagnostikou demence** se zabývá také Jiráček (1998) a rovněž Neubauer (2007c), který pro oblast diagnostiky logopedické uvádí jistá stanoviska. Píše, že konečná diagnóza je dlouhodobým procesem, většinou minimálně půl roku od prvních projevů poruch kognitivních schopností. Dále upozorňuje, že přítomnost afázie (popř. apraxie, agnozie) nelze zaměňovat s neurologickou diagnostikou lokálního poškození CNS, a to jak z hlediska příčiny, tak prognózy projevů. Tuto skutečnost zohledňuje také MKN-10, která pro afázii při demenci vymezuje samostatnou kategorii (G 31.0)

V našich podmínkách není k dispozici žádný standardizovaný postup, který by hodnotil úroveň komunikačních schopností u osob s demencí. Je tedy nutné, aby logoped využil vhodně logopedických vyšetření a dobře se orientoval v diferenciální diagnostice spojené s touto problematikou (Neubauer, 2007c).

Na základě lékařské a psychologické diagnostiky lze provádět logopedickou **terapii**, která musí být v souladu s postupy rehabilitace kognitivních funkcí a tvořit tak celistvý terapeutický plán (Neubauer, 2007c). Autor rozděluje techniky terapie podle etap na terapii v počáteční fázi demence a v pokročilé fázi demence.

## 2 Logopedická intervence

Logopedie jakožto vědní disciplína si napříč historií prošla různými zařazeními a definicemi. Dnes ji lze považovat za relativně mladý obor balancující na rozhraní medicíny, psychologie a speciální pedagogiky. Cílem všech disciplín participujících na péči o osobu s NKS je co nejvyšší rozvoj komunikačního potenciálu u daného člověka.

Peutelschmiedová (2005b) upozorňuje na přítomnost mezioborové rivality, která ohrožuje společný cíl obou stran a zdůrazňuje důležitost toho pracovat na jejím omezení.

*„Logopedie je tedy věda, která zkoumá narušení komunikační schopnosti u člověka z hlediska jeho příčin, projevů, důsledků, možností diagnostiky, terapie, prevence i prognózy. Klinickou logopedii lze potom chápat jako aplikovaný obor logopedie směrem do zdravotnické, medicínské oblasti“ (Lechta, 2007b, s. 22).*

Cíle logopedické intervence definuje Lechta (2007b) jako identifikaci NKS, eliminaci projevů NKS a prevenci NKS.

### 2.1 Diagnostika

V předchozích kapitolách jsou podrobněji rozepsány diagnostické postupy u jednotlivých NKS. Nyní je zohledňován jako hlavní činitel věk klienta či pacienta, tedy specifika diagnostiky u jedinců dospělých, která lze aplikovat na všechny typy narušené komunikační schopnosti, o kterých je v této práci řeč.

Lechta (1990) považuje za ideální nástroj ke správné diagnostice spontánní řeč. Je na logopedovi, jakým způsobem dokáže svého klienta či pacienta podnítit k co nejpřirozenější promluvě tak, aby se nezkresleně projevila jeho reálná komunikační schopnost.

Opět je nutné zdůraznit potřebu transdisciplinárního přístupu. Lechta (2013) uvádí tři úrovně diagnostiky NKS u dospělých, a to orientační, základní a speciální.

Období dospělosti je poměrně dlouhé období a jen stěží bychom mohli tvrdit, že po celou dobu této etapy jsou jeho specifika neměnná. Nejen při diagnostice by tak měla být

zohledňována kromě individuality klienta či pacienta také konkrétní věková skupina<sup>1</sup> vyžadující patřičný přístup.

### **Kritické body v logopedickém přístupu k seniorům**

Poněvadž se práce zabývá skupinou dospělých osob, senioři zde jako specifická skupina samozřejmě také figurují. Kejklíčková (2011) upozorňuje na několik bodů, kterým by vzhledem k této věkové skupině měla být věnována větší pozornost. Nezřídka se stává, že pacient nerozumí samotným pokynům personálu. Některé důležité údaje je potřeba konzultovat s rodinou pacienta. Dále existuje riziko záměny fatické vady za pacientův nezáměr o komunikaci. V neposlední radě, je nutné brát ohledy na pacientova přání a požadavky.

Vzájemným ovlivňováním specifík dospělosti a specifík jednotlivých typů NKS může dojít k mnoha zvláštnostem, které mohou být pro vyšetřujícího často determinující. Od počátku diagnostiky je potřeba kromě těchto specifík brát zřetel také na coping<sup>2</sup> pacienta či klienta (Lechta, 2013). Autor se nechal inspirovat Van Riperem a zpracoval právě tyto zvláštnosti a jejich vliv na úspěch do následující typologie:

**Hovorný pacient/klient** již od první otázky zahrnuje vyšetřujícího proudem většinou nepodstatných informací. Může se jednat o lidi s demencí, souvislost nacházíme také se vzděláním či jakousi nejistotou, kterou může osoba pociťovat. Autor doporučuje využít pauzy vyšetřovaného pro rychlé zopakování otázky.

**Zamlklý pacient/klient** naopak reaguje velmi stručně či dokonce vůbec. Do této kategorie často patří osoby s depresí nebo subdepresí nebo může jít *jen* o projev nedůvěry k diagnostikovi. Zde není správné zahlcovat jedince otázkami, ale nenásilně ho v komunikaci podporovat a motivovat.

**Plačtivý pacient/klient** může být často jedinec v náročné životní situaci ať už s výskytem NKS související či nikoliv. Existuje ale poměrně specifická skupina pacientů/klientů, kteří

---

<sup>1</sup> Mladá dospělost 20-35 let, střední dospělost 35-50 let, pozdní dospělost 50-70 let, stáří 70 let + (Thorová, 2015).

<sup>2</sup> Coping – schopnost člověka zvládat nároky, které jsou na něj kladeny. Může mít také podobu rozdílného vnímání situace (Hartl, Hartlová, 2015).

při neokamžitých výsledcích střídají odborníky v naději, že ten nový jim dokáže pomoci lépe a rychleji. V souvislosti s touto skupinou často mluvíme o lidech neurotických, využívajících logopeda k *vypovídání se* nebo vyžadujících zvýšenou pozornost a nadstandardní servis.

**Nepřátelsky naladěný pacient/klient** může být často pouze z důvodů prostých antipatií, které chová k diagnostikovi. Této byť negativní energii by se logoped měl pokusit využít k vyřešení jeho potíží.

**Znepokojený pacient/klient** je charakteristika pro dospělého klienta poprvé v péči diagnostika naprosto pochopitelná. Často nejde pouze o NKS, ale o celkovou diagnózu, která znepokojuje nejen jeho samotného, ale také blízké okolí. Může se však stát, že tento stav překročí hranice akceptovatelnosti a pak lze mluvit o anxiositě<sup>3</sup> nebo v tomto případě konkrétně o logofobii<sup>4</sup>. Doporučuje se snaha o eliminaci obav a strachu – věcné a srozumitelné vysvětlení podstaty diagnostiky a následné terapie.

**Pacient/klient zatížený pocitem viny** nabývá mylného dojmu, že je odpovědný za vlastní NKS nebo za nezlepšování stavu u svého partnera s NKS. Je na odborníkovi prokázat svou úlohu v pomoci a nikoliv pronášet jakákoliv kázání či dokonce soudy.

**Demotivovaný pacient/klient** svůj problém bagatelizuje nebo již na veškerou snahu rezignoval. Často jde o kariéristy a workoholiky, kteří na řešení těchto potíží stěží nacházejí čas nebo osoby neuvědomující si přínos anebo dokonce vůbec existenci NKS. Na druhé straně pak balbutiky, jež mají za sebou většinou již mnoho diagnostik a terapií bez valných výsledků.

---

<sup>3</sup> Anxiозita – stav bezpředmětného stavu úzkosti doprovázející neklid a obavy (Harl, Hartlová, 2015).

<sup>4</sup> Logofobie – dg. F 40.1 – Sociální fobie, n. F 40.8 – Jiné anxiózně fobické poruchy. Jde o strach z mluvení vedoucí k útlumu verbalizace (Dvořák, 2007).

## **Zásady diagnostiky u dospělého jedince**

To, že dospělí jsou specifickou skupinou vyžadující své specifické přístupy, je zde již několikrát zmíněno. Lechta (2013) souhrnně popisuje několik základních podmínek, které jsou doplněny o několik poznatků Neubauerových (2007d).

- Často je vhodná realizace více kratších sezení kvůli zvýšené unavitelnosti jedince.
- Přizpůsobit metody případným komplikacím jako je nedoslýchavost, potíže s pamětí a další možné zdravotní problémy.
- Vhodná úroveň komunikace, dostatečná nikoliv však přehnaná hlasitost mluvního projevu, správně kladené otázky (tzv. sokratovský způsob).
- Adekvátní úroveň diagnostického materiálu
- Vytvoření pocitu vzájemné důvěry a udržování naději ve výsledek.
- Spolupráce s ostatními odborníky, popř. samotná iniciace jejich působení.

## **2.2 Terapie**

Lechta (2007a) chápe logopedickou terapii jako aktivitu, která probíhá prostřednictvím specifických metod, ve specifické situaci záměrného učení. Dále pak rozlišuje pojmy metoda, technika, princip a forma, které vysvětluje následovně:

**Metody logopedické terapie** mohou být ty, které *stimulují* nedostatečně rozvinuté a opožděné řečové funkce; *korigují* narušené řečové funkce nebo *reedukující* zdánlivě ztracené řečové funkce.

**Techniky logopedické terapie** jsou jakýmsi podřazeným výrazem ve vztahu k metodám. Metoda znamená určitou cestu, která vede k jistému cíli, zatímco technika již představuje konkrétní prostředek. Každá metoda tak zahrnuje specifické techniky (např. stimulující metoda – self-talking, paralell talking, strategie otázek, přemostování, atd.).

**Principy logopedické terapie** můžeme chápat jako jakési zásady či východiska, které by měly být platné ať už je zvolena jakákoliv metoda, forma nebo logopedická technika. Existují od těch nejjobecnějších (př. principy pedagogické) až po ty, které se vztahují již na konkrétní NKS (př. principy terapie dyslalie).

**Formy logopedické terapie** existují ve dvou směrech. Lze říci, že pro optimální výsledky je vhodné využívat obou forem logopedické intervence, a to jak individuální formy, kdy je terapie zaměřena na intenzivní intervenci dle individuálních potřeb jedince, tak i skupinové formy, která zase pomáhá k uplatňování nabytých schopností ve skupině (Neubauer, 2007b).

**Individuální terapie** je základem úspěchu většiny logopedických plánů a vychází z konkrétních požadavků na intervenci daného člověka a zahrnuje osvědčené postupy a metody aplikované logopedem, který také poskytuje bezprostřední zpětnou vazbu. Individuální terapii je vhodné využívat celkově v počátcích intervence a u těch poruch, u kterých není možnost momentálně vytvářet vhodné skupinové prostředí (Neubauer, 1998).

**Skupinovou terapii** vyzdvihuje již Sovák (1978) když tvrdí, že účastníci mají možnost přijímat jeden druhého bez předsudků a naopak se k výkonu vzájemně podněcovat. Skupinová terapie většinou probíhá v menší skupině, tedy 3 – 6 osob, kdy je umožněno aplikovat získané dovednosti v komunikačních situacích. Tato forma terapie je vhodná pro všechny, jakožto možnost zajišťující komplexnost logopedické péče, zejména však může aktivizovat osoby s narušenou či nedostatečnou komunikací s okolím, ať už z důvodů osamělosti, dlouhodobého pobytu v institucionální péči nebo jiných (Neubauer, 2007b).

U osob s narušenou expresivní složkou řeči hrozí vznik tzv. naučené pasivity, což je následek hyperprotektivního chování rodiny, která se snaží všemi možnými způsoby zjednodušit danému člověku život, čímž nevědomě podporuje sociální izolaci u svého příbuzného s NKS. Jedinec se pak v podstatě smíří se svou pasivní rolí a dovoluje ostatním převzít iniciativu nad rozhodováním týkající se jeho osoby. Úkolem logopeda a nejbližšího okolí pacienta je tedy naopak poskytnutí co nejvíce příležitostí ke komunikačním situacím (Cséfalvay, 2007).

Mezi formy logopedické terapie řadíme také komplexní logopedickou terapii, což zahrnuje psychoterapeutickou podporu a působení na kognitivní funkce. V neposlední řadě je to konzultační a poradenská činnost, která navazuje na péči logopedickou a zahrnuje také rodinné příslušníky a ošetřující personál z okolí postižené osoby (Neubauer, 2007b).

V Česku jsou Sdružením pro rehabilitaci pacientů po CMP pořádány rekondiční pobyty a konají se ve vybraných rehabilitačních a lázeňských sanatoriích (Kulišťák, 1997).

Neubauer (2007b) upozorňuje, že ve srovnání se zahraničím je v České republice aktivní péče o zachování a rozvoj řečové komunikace u osob v péči např. léčeben dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory apod. na nedostatečné úrovni a představuje jedno z nejméně rozvinutých oblastí logopedické intervence v ČR. Kulišťák (1997) vidí důvod v nemožnosti plně využívat zahraniční modely ve výrazné prioritě pohybové rehabilitace a tím pádem považování psycho-sociální složky téměř za luxus.

Při těžkých vadách na bázi postižení CNS je nezbytné propojení logopedické terapie s fyzioterapií, kombinace s psychoterapeutickou podporou je pak vhodná především u poruch plynulosti řeči a u afázií (Neubauer, 1998).

### **Zapojení rodiny pacienta do terapie**

Co nejúspěšnější návrat afatika do jeho původního života je podmíněn spoluprací osob, které ho v něm obklopují. Úkolů, před které je logoped při práci s rodinou pacienta stavěn, je několik: uvedení do problému, poskytování dalších kontaktů, reálné seznámení s omezeními a možnostmi pacienta, nástin reedukace, poskytování emoční podpory, obhajoba důležitosti řečové terapie i pro klienty vyššího věku, atd. Logoped by při práci s takovým pacientem měl mít vybudovanou strategii postupů a představu o cílech vycházející ze znalostí jak teoretických, tak konkrétních souvisejících s daným jedincem a jeho rodinou. Pokud okolí nespolupracuje, je potřeba rozlišit, zda tak činí vědomě nebo *jen* neporozumělo instrukci (Housarová, 2001).

## **2.3 Prevence**

I přes výzkumnou neprůkaznost existují názory ohledně zvyšujícího se výskytu poruch řeči (Peutelschmiedová, 2005b). V ideálním případě by tedy i prevence měla být součástí běžné logopedické intervence.

**Primární logopedická prevence** znamená v logopedii působení na nejširší populaci, značí tedy předcházení logopedickým poruchám. Konkrétně si lze představit osvětu, která by



měla být poskytována široké veřejnosti co nejsrozumitelněji a je úkolem logopeda (Peutelschmiedová, 2005b).

**Sekundární logopedická prevence** se zaměřuje na specifickou skupinu dětí i dospělých a to jedince rizikové, tedy ohrožené daným negativním jevem. Patří zde například děti s vývojovou neplynulostí řeči, kdy hrozí vznik incipientní koktavosti, dále hlasoví profesionálové, děti z rodin s nějakou genetickou zátěží nebo děti z kojeneckých ústavů (Lechta, 2007a).

**Terciární logopedická prevence** je poskytována s cílem zabránit dalším komplikacím a negativním důsledkům již existující NKS (Lechta, 2007a; Peutelschmiedová, 2005b).

Ačkoli není jistě cílem jakkoli zpochybňovat důležitost logopedické primární prevence, je nutno podotknout, že po zamyšlení se nad všemi skupinami NKS, je v silách logopeda ovlivnit jen málo. Největší výsledek může přinést primární prevence vzniku poruch hlasu a dyslalie, diskutabilní zůstává získaná neurotická nemluvnost (Peutelschmiedová, 2005b).

## **2.4 Rezorty poskytující logopedickou péči v České republice**

V našich podmínkách se logopedie dělí na dva hlavní proudy – zdravotnický a školský. Přesněji však v České republice existují tři rezorty, v rámci nichž se logopedická péče realizuje. Jedná se o rezort školství, mládeže a tělovýchovy, dále zdravotnictví a také rezort práce a sociálních věcí.

Logoped nabývá svou kvalifikaci získáním magisterského titulu na katedře speciální pedagogiky některé z pedagogických fakult. Úspěšně složil státní závěrečnou zkoušku z logopedie a surdopedie a je tedy způsobilý k poskytování logopedické péče na všech pracovištích, které logopedickou intervencí svým klientům a pacientům nabízí (Klenková, 2006).

Pregraduální studium je stejné jak pro logopedy poskytující logopedickou intervencí ve školství, tak pro logopedy klinické. To, co následně umožňuje zařazení logopeda do rezortu zdravotnictví, je postgraduální studium.

Peutelschmiedová (2005b) srozumitelně objasňuje terminologickou problematiku. Logoped je naneštěstí stále pro některou laickou veřejnost pokládán za osobu, která se zaměřuje na narušenou výslovnost u dětí. Jedincem s NKS však může být osoba jakéhokoliv věku. Další nesrovnalost se objevuje v souvislosti označení klient a pacient. Klinický logoped působí ve zdravotnickém rezortu, nicméně se slovem pacient se bezprostředně spojuje slovo léčba, což zase navozuje dojem trpného působení. To ale přímo vylučuje úspěšnost terapie, ke které je potřeba pacientova aktivní spolupráce. Jedinci v péči klinického logopeda však nejsou jen objekty léčby. S tím souvisí také otázka, zda je opravdu vhodné používat slova terapie a léčba nebo by bylo přiměřenější je zcela nahradit spojením logopedická intervence.

Asociace klinických logopedů ČR (© 2017) definuje cestu ke statusu klinického logopeda následovně: Po absolvování magisterského studia zakončeného státní zkouškou z logopedie a surdopedie následuje nástup do zaměstnání pro soukromého klinického logopeda nebo státní zdravotnické zařízení. Zde absolvent projde speciální přípravou, která je zakončena závěrečnou zkouškou. Po této atestační zkoušce je možno pracovat jako klinický logoped ve zdravotnictví na pozici zaměstnance nebo navázat smluvní vztah se zdravotními pojišťovnami.

Pracoviště, kde lze logopedickou péči ve zdravotnickém rezortu vykonávat mohou být státní i soukromé logopedické ambulance nebo logopedické pracoviště při lůžkových odděleních, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, na odděleních plastické chirurgie, v ústavech sociální péče, lázních a na specializovaných pracovištích nebo denních stacionářích zřizovaných při zdravotnických zařízeních (Fukanová, 2007).

Klientelu pak tvoří tedy nejen děti, ale také dospělí a osoby ve stáří. Z typů NKS jde o přetrvávající dyslalii, koktavost, ale především o získané druhy NKS (dysartrie, afázie), psychogenní poruchy řeči, demence, terapie dysfagie a mnoho dalších. Nelze zapomenout také na hlasové profesionály, na něž jsou z pracovního hlediska kladeny požadavky na komunikační dovednosti a schopnosti (Klenková, 2006).

Legislativně se profesí klinického logopeda zaobírá zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a

k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

### **Klinický logoped jako součást rehabilitačního týmu v průběhu dlouhodobé rehabilitační péče**

Osobnost logopeda zaujímá bezesporu klíčovou roli v procesu celkové rehabilitace jedince s NKS. Zda se podaří plně využít potencionál pacienta či klienta ke splnění reálných cílů, závisí jak na jeho odborných znalostech a schopnostech, tak na osobnostních charakteristikách. Sovák (1978) nazývá jako „pedagogické mistrovství“ takovou profesní úroveň, kdy logoped není zatížen postupy a šablonami, které však teoreticky naprosto zvládá, a je si ve své profesi natolik jistý, že dokáže samostatně vyhodnotit a své znalosti aplikovat na každý případ maximálně individuálně.

Je nezbytné o osobnosti logopeda uvažovat jako o součásti celého týmu profesionálů. Neubauer (2011b) poukazuje na úplnou absenci či jen zanedbatelnou zmínku o této spolupráci v rámci mnoha souhrnných publikací. Pokud jde o praxi, tendence zapojit logopedickou intervenci do komplexních rehabilitačních plánů v našich podmínkách stále narůstají. Jde o pozitivní trend, jehož reálné uskutečňování lze však ověřit jen obtížně. Vyvstává tedy otázka, jaké výsledky by přinesl výzkum podobného charakteru a zda rehabilitační programy opravdu poskytují to, co svým (potencionálním) klientům slibují (Neubauer, 2011b).

Na tuto otázku se pokusila odpovědět Neubauerová (2011), která ve svém šetření potvrzuje předpoklad narůstajícího trendu zapojení logopedické intervence do celkové rehabilitace. Zanedbatelným faktorem je přímá souvislost se skladbou osob v daném zařízení (spolupráce potvrzena ve významně vyšším počtu pracovišť s převážně neurogení skladbou osob). Hodnota 38%, představující rehabilitační pracoviště s logopedem nespolupracující, však není malá. Další z výsledků prokázal výraznou převahu těch pracovišť, která s logopedem spolupracují externě, před zařízeními klinického logopeda zaměstnávajících. Minimální spolupráce pak byla prokázána mezi pracovišti klinické logopedie a rehabilitačními zařízeními.

Kompletní složení rehabilitačního týmu lze tedy začít popisovat od osobnosti **lékaře**, který pomocí anamnézy a objektivních vyšetření popisuje příznaky, stanovuje diagnózu, vhodnou medikaci a léčbu. **Fyzioterapeut** na základě zhodnocení senzomotorického systému analyzuje poruchu hybnosti a určuje, jaké technické pomůcky pacient potřebuje. Fyzioterapeutova práce sahá od nastavení správného polohování pacientů až po nácvik obnovení hybnosti postižených končetin. Dalším pracovníkem, který se podílí na komplexní rehabilitaci, je **ergoterapeut**. Ten má za úkol nácvik běžných denních činností, manipulaci s kompenzačními pomůckami a v ideálním případě také předpracovní zácvik. Cíl dalšího člena týmu, kterým je **neuropsycholog**, je především zjištění stavu pozornosti, soustředění, bdělosti a schopnosti vlastního úsudku. Jeho úkolem je také zhodnotit úroveň čtení, psaní, počítání, paměti, smyslového vnímání, časoprostorové orientace, srozumitelnosti řeči a vyjadřovacích schopností. Rehabilitace kognitivních funkcí, která je také v jeho kompetenci, je základním předpokladem k úspěšné rehabilitaci ostatních oblastí. **Psychologova** role je v rehabilitačním kontextu zřejmá – psychická podpora a poradenství klientovi a jeho rodině. Tomuto působení předchází samozřejmě vyšetření a spolupráce by měla fungovat také s dalšími odborníky, kterým by měl psycholog objasnit příčiny případného nestandardního chování a doporučit způsob přístupu a získání motivace pacienta. Na zlepšení komunikační schopnosti pracuje **logoped**, jehož kompetencím se věnují i další kapitoly této práce. Pokroky v oblasti komunikace jsou také nespornou podmínkou pro zdárný průběh všech dalších složek komplexní rehabilitace. Sociálně-ekonomickou situaci nejen pacienta, ale také jeho rodiny, by měla mít na starosti **sociální pracovníce**. A nakonec zřejmá úloha **protetika**, která spočívá ve vytváření kompenzačních pomůcek a pomoci s jejich nácvikem (Šplíchal, Angerová, 1998).

Cílem rehabilitační péče u pacientů se závažným onemocněním je dle Šplíchala a Angerové (1998) obnova soběstačnosti a dosažení co nejmenší nebo žádné závislosti na jiné osobě. Rehabilitace by měla začít, co nejdříve to pacientův stav dovolí, většinou se tak děje v rozmezí pár dní, někdy až týdnů. Rehabilitační proces začíná již v nemocnici. V akutním stadiu je zpravidla nutná hospitalizace na ARO, neurochirurgii či JIP. Po stabilizaci následuje ve většině případů neurologické oddělení či lůžkové rehabilitační

oddělení. Pokud to stav pacienta umožňuje, je přeložen do rehabilitačního ústavu mimo nemocnici, popř. také lázeňského zařízení. Po ukončení rehabilitačního procesu rozhoduje o jejich následné péči praktický lékař, neurolog nebo také rehabilitační lékař. Jaká je aktuální reálná úroveň spolupráce mezi rehabilitačním oddělením, psychologem a logopedem zůstává spíše otázkou. Záleží často spíše na aktivitě samotné rodiny, zda a jakým způsobem se bude snažit pokračovat v procesu rehabilitace.

### **Úloha logopeda při propuštění pacienta z akutní zdravotnické péče**

U pacienta s narušenou schopností komunikace je zajištění následné péče velmi důležitým bodem. V ideálním případě je tento problém vyřešen již před propuštěním ze zdravotnického zařízení a splňuje vlastnosti komplexnosti a respektuje individualitu daného jedince. Důležitou roli zde hraje také rodina pacienta, jež by měla být zasvěcena do principů komunikace se svým příbuzným s NKS (Kejklíčková, 2011).

Klinický logoped nese za použité terapeutické metody plnou právní odpovědnost. Škodová (2007) vymezuje několik zásad mezioborové spolupráce, které z této právní odpovědnosti vyplývají:

- Logoped přijímá pacienta vždy na základě lékařského doporučení.
- Klinický logoped by měl být schopen poslat pacienta na vyšetření popř. terapii k foniatrovi v případě, že toto vyšetření (terapii) vyžaduje daná diagnóza a v celkovém rehabilitačním plánu u jedince s NKS chybí.
- Samozřejmostí by mělo být vzájemné a průběžné poskytování písemných zpráv s výsledky příslušných vyšetření.
- Vedení odpovídající dokumentace.
- Včasné konzultace závažnějších případů, především u dětí.
- Informovanost ohledně dalších odborníků ve spádové oblasti.
- Dostatečné povědomí o systému vzdělávání, typů a umístění speciálních škol i možnostech škol běžných pro vhodné zařazení dítěte s NKS.

### **Logopedie v rezortu práce a sociálních věcí**

Třetím rezortem, v rámci něhož v našich podmínkách lze poskytovat logopedickou intervenci, je rezort spadající pod Ministerstvo práce a sociálních věcí. Logopedická intervence je zde zajišťována jako součást komplexní rehabilitace v denních a týdenních stacionářích nebo domovech pro osoby se zdravotním postižením. Ve většině případů jde o klienty s mentálním postižením těžšího stupně, kombinovaným postižením, poruchou autistického spektra, atp. (Mlčáková, 2013).

### **3 Logopedická intervence v rehabilitačních zařízeních**

Výzkumná část diplomové práce byla uskutečněna na základě několika návštěv dvou rehabilitačních ústavů. Ty se poté staly východisky pro dvě využití techniky kvalitativního dotazování. Výzkum probíhal v několika etapách v časovém rozmezí od listopadu 2016 do března 2017.

#### **3.1 Metody a cíle výzkumného šetření**

Jak je již výše řečeno, pro získání žádoucích výsledků bylo užito dvou způsobů kvalitativního šetření. Kvalitativní směr byl zvolen na základě vymezených cílů. S ohledem na nedostatečnou teoretickou oporu byla vybrána práce s menší výzkumnou skupinou a účelem bylo získání určitého vhledu na danou situaci. První zvolenou technikou je rozhovor. Chráska (2007) upřednostňuje výraz interview a charakterizuje jej jako metodu shromažďující data a spočívající v bezprostřední verbální komunikaci mezi respondentem a osobou provádějící výzkum. Jako hlavní výhodu uvádí navázání osobního kontaktu, pomocí něhož má výzkumník možnost lépe pochopit motiv a postoje respondenta. Interview nám poskytuje příležitost sledovat aktuální reakce respondenta a také možnost přizpůsobovat podle nich další průběh.

Právě z tohoto a několika dalších důvodů byl zvolen rozhovor jako stěžejní metoda, kdy bylo žádoucí pochopit problematiku zevnitř a ponechat otevřenou možnost jak k doplňujícím otázkám ze strany výzkumníka, tak k dodatečným vysvětlením a poznatkům respondenta. Interview může být strukturované, polostrukturované nebo nestrukturované. Konkrétně k tomuto výzkumu byla použita polostrukturovaná varianta, která respondentům nabízí několik alternativ k otázkám a zároveň požaduje rozšiřující vysvětlení, či zdůvodnění (Chráska, 2007).

Následovně byl k realizaci výzkumu využit dotazník vlastní konstrukce. V tomto případě jde dle Hendla (2008) o techniku kvalitativního dotazování, tedy spadá do stejné kategorie jako interview. Použity byly otázky jak uzavřené, tak otevřené. Vzhledem k tomu, že obě pracoviště, ve kterých byl výzkum proveden, se nachází v Moravskoslezském kraji a respondenti byli zapojováni průběžně, nebylo snadné zařídit osobní setkání a realizovat tak

s každým pacientem v podstatě strukturovaný rozhovor. Dotazníky tak byly distribuovány s laskavou pomocí logopedů.

Hlavní cíl výzkumu byl stanoven následovně:

- Přiblížit funkci logopeda v zařízeních poskytujících rehabilitační péči.

Z něj se poté odvíjí dílčí cíle v uvedeném znění:

- Zjistit nejčastější narušení komunikační schopnosti vyskytující se v ordinacích logopedů ve zkoumaných zařízeních.
- Zjistit a popsat metodologii nejčastěji užívanou při diagnostice.
- Zjistit a popsat terapeutické postupy nejčastěji logopedy využívané.

### **3.2 Charakteristika rehabilitačních zařízení v Karviné - Darkov a Klimkovicích**

#### **Lázně Darkov**

První ze dvou vybraných objektů se nachází v Karviné. Tvoří jej dvě léčebná zařízení: **Léčebna Darkov** v Karviné – Darkov a **Rehabilitační sanatorium** v Karviné – Hranicích. I přes své krásné prostředí není Léčebna v Darkově vhodnou variantou pro osoby s výraznějšími obtížemi. Proto pro své nároky na bezbariérovost, vybavení a profesní obsazení tito pacienti směřují spíše do Rehabilitačního sanatoria v Hranicích. To je dále rozděleno na dvě budovy. Odborný léčebný ústav je situován do budovy A. Zaměřuje se na brzkou léčebně rehabilitační péči, často bezprostředně navazuje na hospitalizaci a léčbu v lůžkových zdravotnických zařízeních.

Specializací karvinských zařízení je léčba pohybového a nervového ústrojí. Mimo stavy po úrazech a operacích však léčí také oběhové ústrojí, nemoci kožní i gynekologické. Co se věkové zaměřenosti týče, věnuje se pacientům dospělým.

Vznik karvinských lázní je připisován roku 1866, o rok později se pak datuje oficiální zahájení první lázeňské sezóny (Lázně Darkov, ©2015).



## **Sanatoria Klimkovice**

Sanatoria Klimkovice se nacházejí ve velmi pěkném prostředí v bezprostřední blízkosti lesů a přitom snadnou dostupností jak automobilovou, tak pomocí městské hromadné dopravy. Areál disponující opět dvěma budovami A a B je plně bezbariérový. Budova A zahrnuje dohromady léčebnou, ubytovací i stravovací část. Budova B pak slouží především dětské klientele a navíc se zde nachází speciální škola, mateřská škola, herny, divadelní sál a rehabilitační bazén.

Sanatorium samo sebe prezentuje jako moderní nestátní, lázeňské zařízení a neurorehabilitační kliniku poskytující léčebně-rehabilitační péči dospělým i dětským klientům trpícím spektrem nemocí pohybového ústrojí, nemocí neurologických, gynekologických onemocnění, onemocnění oběhového systému a poruch látkové výměny. Slavnostní otevření proběhlo v létě roku 1994 (Sanatoria Klimkovice, ©2013).

## **3.3 Vlastní šetření**

### **3.3.1 Zpracování dotazníků**

Přestože pro sběr dat byl v tomto případě využit dotazník, výzkum vzhledem ke své povaze zůstává kvalitativního charakteru. Kvantitativní metoda by vyžadovala vytváření reprezentativních závěrů. V případě realizovaného výzkumu však proběhla spolupráce s poměrně malou a specifickou skupinou. Cílem tedy bylo vytvořit určitý náhled na problematiku, popsat a pochopit souvislosti.

Dotazníky byly distribuovány pacientům navštěvujících logopedické ambulance při zmíněných rehabilitačních zařízeních. Podmínkou byla ochota podílet se na výzkumu a přítomnost získaného narušení komunikační schopnosti. Do výzkumu nebyly zahrnuty osoby hovořící jiným jazykem nežli českým.

Jelikož žádoucí bylo získat odpovědi od co nejvyššího počtu respondentů, bylo nutné provést šetření v několika etapách. Časovému období, ve kterém bylo šetření prováděno je ve srovnání s jinými měsíci v roce, obdobím vyznačujícím se spíše menším počtem pacientů.

Dotazník obsahuje 20 otázek a celkově se podařilo získat informace od 33 respondentů.

Otázky 1 – 3 zahrnují obecnou charakteristiku jednotlivých respondentů, kdy byly zjišťovány informace ohledně pohlaví, věku a místa bydliště. Otázky 4 – 6 se zaměřují na vznik potíží a na logopedickou intervenci v době před pobytem v daném zařízení, což je nezbytné pro lepší pochopení aktuální situace. Otázky číslo 7 – 18 mapují respondentovu aktuální situaci, z čehož položky 7 a 8 jsou zaměřeny na důvod a dobu pobytu v rehabilitačním zařízení jako takovém a 9 – 14 se přímo věnují logopedickému působení z pohledu pacienta. Povědomí o pojmech jako je supinová terapie nebo alternativní a augmentativní komunikace zjišťovaly otázky 15 – 17. Přítomnost případného přidruženého smyslového postižení pak otázka 18. Závěrečné dvě položky dotazníku zjišťují pohled pacienta na logopedickou intervenci po ukončení pobytu v jednom ze dvou rehabilitačních pracovišť.

### **1. Uved'te pohlaví.**

Rozdělení respondentů podle pohlaví je jednoznačné, žen odpovídalo 6, mužů pak celkem 27.

### **2. Uved'te věk.**

Pro přehlednost uvádíme tabulku věkových kategorií, podle kterých byli odpovídající respondenti zařazeni. Největší zastoupení má věková skupina 31 – 45 let a 61 – 82 let. Jeden muž na otázku neodpověděl.

<b>18 – 30 let</b>	<b>7</b>
<b>31 – 45 let</b>	<b>10</b>
<b>46 – 60 let</b>	<b>5</b>
<b>61 – 82 let</b>	<b>10</b>

### **3. Jaké je vaše bydliště? (Okres)**

Pacienti obou zařízení uváděli místo svého trvalého bydliště. Jelikož šlo o místa všech koutů České republiky, jako nejprehlednější bylo zvoleno rozřídění dle krajů. Kraj Moravskoslezský, kam spadají obě zkoumaná zařízení, disponuje největším počtem

zástupců. Různá města z tohoto kraje uvedlo 9 respondentů. Další kraje jsou uvedeny v tabulce. Města, ve kterých se přímo nachází Sanatoria Klimkovice nebo Lázně Darkov uvedli 3 respondenti. V případě Karviné šlo o 2 osoby, u Klimkovic pak o osobu jednu.

<b>Moravskoslezský kraj</b>	9
<b>Zlínský kraj</b>	6
<b>Jihomoravský kraj</b>	5
<b>Olomoucký kraj</b>	3
<b>Praha</b>	3
<b>Liberecký kraj</b>	3
<b>Ústecký kraj</b>	2
<b>Vysočina</b>	2

#### **4. *Kdy se u vás poprvé logopedické potíže objevily?***

Největší skupina respondentů uvádí první polovinu roku 2016, tedy zhruba půl roku až rok od realizace výzkumu. Druhou nejpočetnější skupinou jsou osoby uvádějící měsíce z druhé poloviny roku 2016 nebo roku letošního. 3 osoby vyplňující dotazník samostatně otázce neporozuměly, tyto údaje tedy nejsou zahrnuty.

<b>Před méně než půl rokem</b>	6
<b>Před půl rokem až jedním rokem</b>	15
<b>Před jedním rokem až dvěma lety</b>	4
<b>Před dvěma až třemi lety</b>	3
<b>Před více než třemi lety</b>	2

#### **5. *Navštěvoval(a) jste logopeda před přijetím do rehabilitačního sanatoria?***

U otázky zjišťující zda pacienti přicházejí do rehabilitačního zařízení již v péči logopeda v místě bydliště, či nikoliv, jsou výsledky poměrně vyrovnané. 16 osob logopeda již navštěvuje, či jej navštěvovalo a 17 pacientů podstupuje logopedickou intervenci poprvé.

## **6. *Pokud ano, jak často?***

Z celkového počtu 16 respondentů, kteří již mají zkušenost s logopedickou péčí, navštěvovali logopeda 2 z nich více než dvakrát týdně, 3 dvakrát týdně, taktéž 3 další oslovení pacienti uvedli počet jednoho logopedického setkání za týden a dvakrát se mezi odpověďmi objevila frekvence jednou za 2 týdny. Největší zastoupení má skupina respondentů navštěvujících logopeda méně, než jednou za 2 týdny, přesně jde o 6 dotazovaných osob.

## **7. *Jaká je příčina vašeho pobytu v rehabilitačním sanatoriu?***

Odpovědi na otázku zjišťující příčinu, která je důvodem pro pobyt v jednom či druhém lázeňském zařízení se v podstatě rozdělili na dvě skupiny. První z nich, tou více zastoupenou, jsou stavy po cévní mozkové příhodě. Celkem prodělalo CMP 18 pacientů. Úraz hlavy, jakožto primární důvod rehabilitace uvedlo 14 respondentů. Jedna osoba využila otevřené možnosti k vypsání vlastní odpovědi ve znění - hypoxie mozku.

## **8. *Na jak dlouho máte rehabilitační pobyt předepsán?***

Drtivá většina dotazovaných pacientů má rehabilitační pobyt naplánován v rámci jednoho měsíce. Pouze 3 osoby uvedly jinou možnost a to tu, že jsou samoplátci a jejich pobyt přesáhne čtyři týdny.

## **9. *Jaké jsou vaše komunikační obtíže?***

Otázka byla zaměřena na ty složky, které se podílejí na verbální komunikaci. Některé odpovědi se překrývají, a rozhodně se z nich nedá určit diagnóza daného pacienta. Ta záměrně nebyla u respondentů zjišťována a naopak bylo žádoucí nahlédnout na obtíže z jejich vlastního subjektivního hlediska. Možnosti byly vybrány na základě dílčích obtíží nejčastěji se vyskytujících NKS u dospělých osob. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Jejich přehled zaznamenává následující tabulka.

<i><b>Snížená schopnost vyjadřování</b></i>	<i><b>17</b></i>
<i><b>Deformace slov</b></i>	<i><b>13</b></i>
<i><b>Nesrozumitelná řeč</b></i>	<i><b>13</b></i>
<i><b>Neplynulá řeč</b></i>	<i><b>13</b></i>
<i><b>Poruchy rozumění řeči</b></i>	<i><b>12</b></i>
<i><b>Poruchy polykání</b></i>	<i><b>12</b></i>
<i><b>Poruchy dýchání</b></i>	<i><b>6</b></i>
<i><b>Jiné: Úplná nemluvnost</b></i>	<i><b>2</b></i>

#### ***10. Příklad vám čas strávený na logopedii zde v sanatoriu dostatečný?***

Jen ve třech případech se setkáváme s pocitem naprosté dostatečnosti logopedické intervence v rehabilitačním zařízení. Protikladem jsou 2 pacienti označující logopedickou péči z hlediska časové dotace za zcela nedostatečnou. K možnosti, která se přiklání spíše ke kladné odpovědi, se hlásí 15 pacientů. 11 dotazovaným osobám připadá čas strávený logopedickou péčí spíše nedostatečný. 2 nemají vyhraněný názor a zvolili neutrální odpověď – nevím.

#### ***11. Účastní se někdo z vaší rodiny logopedických intervencí?***

Z 33 zúčastněných respondentů, 18 z nich uvedlo, že se někdo z jejich rodiny účastní logopedických intervencí. 3 potvrdili pouze občasnou účast a rodinní příslušníci se na přímé logopedické terapii u logopeda nepodílejí vůbec u 12 pacientů.

#### ***12. Pokud ne, z jakého důvodu?***

Konkrétní důvod neúčasti přímých logopedických intervencí s logopedem u členů rodiny uvedlo 7 pacientů. Z těch, kteří v předchozí otázce zvolili jejich občasnou přítomnost, odpověděli respondenti 2. Jako nejčastějším důvodem byla z nabízených možností zastoupena odpověď *nevím*, kterou označilo 5 osob. Ve stejném poměru v počtu 3 byly označeny odpovědi vyjadřující důvody časové a důvod vzdálenosti daného zařízení od

místa bydliště. Jako nezájem ze strany rodiny vidí problém 1 respondent, nezájem pacienta se pak neobjevuje u žádného z nich.

***13. Věnujete se logopedické činnosti také mimo přímých terapií s logopedem?***

Vlastní iniciativu provádět logopedickou činnost uvedlo 29 oslovených pacientů. Z toho 15 jich potvrdilo pravidelnou aktivitu a 14 spíše příležitostnou. 4 respondenti omezují logopedická cvičení pouze na přímé terapie v logopedických ambulancích.

***14. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ne, z jakého důvodu?***

Odpověď zpochybňující vůbec přítomnost důvodu zaměřovat se na logopedickou intervenci, mimo těch přímo strávených s logopedem, se objevila ve třech případech. Jeden pacient vidí problém v nedostatečném doporučení materiálu pro tuto činnost.

***15. Znáte pojem alternativní nebo augmentativní komunikace?***

Alternativní a augmentativní komunikace je termín známý 15 respondentům. Z tohoto počtu jich 3 některého ze systému aktuálně využívají, 2 pacienti využívali v minulosti a skupina 10 respondentů zná pojem, ale nemá osobní a praktickou zkušenost. Odpověď označující neznalost uvedených pojmů označilo 18 pacientů účastnících se výzkumu.

***16. Pokud máte s nějakým systémem alternativní či augmentativní komunikace osobní zkušenost, označte jeho druh.***

Z předchozí otázky vychází počet 5 respondentů, kteří mají osobní zkušenost s využíváním některého systému AAK. Z těchto osob všichni uvedli, že mají zkušenost s využíváním fotografií a obrázků. 4 respondentům je jako prostředek AAK známé písmo a dvěma piktogramy.

***17. Máte zkušenost se skupinovou logopedickou terapií?***

Z dotazovaných pacientů měli 4 možnost vyzkoušet skupinovou logopedickou terapii. Z toho všichni mají zkušenost z jiného zařízení, než ve kterém momentálně jsou. Zbytek respondentů, tedy 29 osob, nikdy nevyzkoušelo logopedickou terapii ve skupinové formě.

### ***18. Trpíte nějakou smyslovou poruchou?***

Lehkou zrakovou vadu s dostatečnou korekcí uvádí 7 pacientů, lehkou sluchovou pak pacient jeden.

### ***19. Máte v plánu pokračovat v docházení na logopedii také po ukončení tohoto pobytu?***

Pouze 4 respondenti nemají zájem o to zůstat v péči logopeda i po ukončení rehabilitačního pobytu. Zbylých 29 dotazovaných osob uvedlo zájem na tom se nadále účastnit logopedických intervencí.

### ***20. Měla(a) byste zájem, pokud by to bylo možné, pokračovat v logopedické intervenci se stávajícím logopedem tohoto rehabilitačního sanatoria?***

Uzavřená otázka nabízela pouze dvě možnosti, kdy si 23 respondentů vybralo kladnou variantu. 9 oslovených pacientů z celkového počtu pak uvádí nezájem o pokračování se současným logopedem, u jednoho respondenta odpověď chyběla.

### **3.3.2 Rozhovory s logopedy**

Rozhovor byl připraven jako polostrukturované interview se všemi přítomnými logopedy ve zkoumaných zařízeních, jejichž celkový počet je tři. V Rehabilitačním sanatoriu Darkov v Karvině působí momentálně jediná logopedka, což není vzhledem k počtu pacientů ideální stav, jak také sama uvedla.

Ve všech případech bylo interview provedeno přímo v logopedických ambulancích jednotlivých logopedů pouze za přítomnosti dotazujícího a respondenta. Otázky i odpovědi byly se souhlasy všech zúčastněných zaznamenávány na elektronické zařízení. Vzhledem k tomu, že šlo o běžný mobilní telefon, nepůsobilo nahrávání nijak rušivě.

Znění otázek bylo přizpůsobováno konkrétní situaci a kontextu, pořadí bylo mírně upraveno po prvním rozhovoru, aby jednotlivé oblasti na sebe plynule navazovaly.

## **I. Rozhovor**

### *1. Jak dlouho působíte v praxi klinického logopeda?*

Jeden rok jsem po škole působila ve školství, poté jsem nastoupila tady na 80% úvazku a zároveň do ambulance na 20%, kde jsem v rámci předatestační přípravy.

### *2. Jak dlouho již působíte v tomto zařízení?*

1, 5 roku.

### *3. Kdo a jakým způsobem rozhoduje o zařazení logopedické intervence do celkového rehabilitačního plánu zde v sanatoriu?*

Rehabilitační lékař, kdy pacient podstoupí vstupní prohlídku a nastaví se daný počet hodin logopedických sezení. Pacient se pak dostává ke mně a já potom určím, jestli s tím souhlasím nebo se snažím o navýšení, pokud vidím, že by efektivita mohla být vysoká. Pacienta můžu také zrušit, pokud vidím, že žádný logopedický problém není přítomen.

### *4. Jak často přijímáte nové pacienty?*

Nejmenší frekvence je teď přes Vánoce, kdy to je třeba jen jeden pacient týdně, potom jsou ale období, kdy jsou až 3-4 denně.

### *5. Jaká je frekvence logopedické intervence u jednotlivých pacientů?*

Závisí na jednotlivém pacientovi a počtu logopedických procedur, které mu lékař napíše. Záleží na tom, jak dlouho má danou poruchu, věk pacienta, jeho stav a podobně. Hodně také záleží na tom, kolik mám zrovna v danou dobu pacientů. Stává se, že mám skoro celý den v kuse jednoho pacienta za druhým, pak nemám možnost navyšovat. Pokud je zase pacientů méně, snažím se naopak požádat o navýšení logopedie i těm, co to tolik nepotřebují. Minimálně je to však 1x týdně a maximálně 5x týdně. S pacienty, kteří mají napsány například jen 4 logopedické procedury za celý pobyt, se spíše orientujeme na nějaké materiály na počítači nebo literaturu, kterou mohou potom využívat také doma.



Prognóza je velmi variabilní, nicméně tím, že pacienti zde mají opravdu komplexní program rehabilitace, u některých pacientů může být pokrok výrazný. Naopak dlouhodobé stavy často starších lidí se nějak výrazně mění hůře.

*6. Jaká je nejčastější NKS, se kterou se u vašich pacientů setkáváte?*

Nedá se říci, že je to jedna konkrétní. Stává se, že „období dysartrií“ střídá „období afázií“. Kromě těchto dvou nejčastějších diagnóz je to také dysfagie nebo demence. Co se příčin týče, jsou to nejčastěji stavy po úrazech, CMP nebo Huntingtonova choroba. Ještě doplním parézy lícního nervu, ty se objevují taky poměrně často.

*7. Jaká je nejčastější diagnostická metoda, kterou uplatňujete u svých pacientů?*

U dysartrií 3F a u afázií záleží jak těžká je to porucha. Hodně využívám baterii Cséfalvaye a teď se snažím začít pracovat s WAB, jinak Boston naming test a vyšetření verbální fluence. U Cséfalvaye mi méně vyhovuje test na porozumění. Ideální by bylo sestavit si z každého testu něco, ale stále si na to sama teprve přicházím a snažím se využívat jednotnou baterii. Když jsem sem nastoupila, byl zde vytvořen test předchozích logopedek, který byl složen ze všeho možného, což se mi právě moc nelíbilo a chtěla jsem používat něco oficiálního, teď si ale uvědomuji, že něco na tom bylo. Přesto jsem s ním nebyla spokojená a snažím se teď přijít na vhodné vlastní postupy.

*8. Jakou logopedickou metodu terapie ve své praxi nejvíce využíváte?*

V případě paréz hodně cvičíme, u dysartrií využíváme izometrická cvičení, myofunkční terapie, respirační trénink. Když jsou to afázie, záleží, která složka je narušená.

V případě pacientů s nízkou dotací logopedických procedur mají terapie spíše edukativní charakter, to znamená, ukazují jim, co a jak mají dělat také doma.

Docela „bojuji“ s pacienty cizinci, u kterých je velmi těžké provádět jakoukoli terapii, obzvláště pokud jde o fatickou poruchu. V případě dysartrií je potíží hlavně v tom vysvětlení proč něco děláme, pacient pak není motivován a nemá potřebu cvičit. Momentálně zde mám poměrně mladou paní, která ze sezení velmi profituje, a pokroky jsou opravdu vidět, je to ale spíše výjimka. Tlumočník je někdy přítomen, někdy ne, záleží

na jeho časových možnostech. Stane se, že přijde Arab i s rodinným příslušníkem, ale anglicky vůbec neumí, to se pak nedá bohužel udělat nic a procedura se musí odložit na dobu, kdy bude moci být přítomen tlumočník.

*9. Jakých pomůcek, diagnostických a terapeutických materiálů využíváte?*

Většinu pomůcek mám vlastních - vytvořených, pak, jak jsem řekla, se snažím najít na internetu to, co si mohou poté sami najít také doma. Colorcards, Solving problems, mám tady také vytvořeny postupy, které jsme si tady samy vytvořily a které pacienti popisují. Hodně dostupných materiálů je spíše pro děti, a tak si tvoříme vlastní uzpůsobené dospělým. Z publikací bych zdůraznila Vzpomínkovi na mnestické funkce nebo Žralok a velryba, ze které беру inspiraci.

*10. Využíváte některých PC programů, technických pomůcek?*

Mám tady nějaké programy jako třeba Happy neuron a jemu podobné, ale vzhledem k tomu, že pacient je tady často jen několikrát, snažím se najít spíše pro něj něco použitelného potom i na doma.

Tablet používáme, ale zase spíše vlastní materiály, často tvoříme pracovní listy přímo na míru konkrétnímu pacientovi. Tady na ukázkou je např. pracovní list s nápoji, kterými často začínám, protože jsou artikulačně jednoduché. Na začátku je obrázek a slovo, pak přiřazuje, pak třeba musí dopsat slovo do kontextu, apod.

*11. Využíváte skupinovou terapii?*

Nevyužívám, ráda bych, ale vzhledem velké rozdílnosti diagnóz pacientů a hlavně časování procedur, které je už tak náročné, si to umím jen těžko představit. K tomu na pacienta máme půl hodiny, což je docela málo. Pokud na kartě nemá navazující další proceduru a já nemám pacienta, snažím se to vždy prodloužit.

*12. Jak hodnotíte spolupráci s ostatními odborníky, kteří se podílejí na komplexní rehabilitaci daného jedince?*

Tady je to bohužel slabší. Z důvodu časových a náročnější organizace. Zase třeba pokud mi něco nesedí, za lékařem zajdu a poradím se. Obzvláště pokud jde o neurologické vyšetření a nějaké výsledky, dá se s nimi mluvit. Taky když volám, že pacient logopedii nepotřebuje, někdy navrhuji vhodnou náhradu, kterou konzultuji s pacientem na základě toho, co mu dělá dobře a co mu pomáhá nebo pokud vyloženě vidím, že nemá v kartě napsanou ergoterapii, ale myslím, že by ji potřeboval. Každopádně si myslím, že celková spolupráce by mohla a měla být lepší. Pokud mám nějakých 10 pacientů denně, pracně tam musím vměstnat také přípravu, neumím si představit, že bych tam měla ještě prostor pro nějaké konzultace. Což mě ale mrzí a často si říkám, že bych chtěla znát názor na konkrétního pacienta od konkrétního fyzioterapeuta, nicméně toho času je opravdu málo.

*13. Jak hodnotíte spolupráci s rodinnými příslušníky? Mají zájem se podílet a být informováni?*

Poměrně kladně. Pokud tady jsou, mají zájem se účastnit a myslím, že je to určitě plus pro všechny. Zřídka se může stát, že obzvláště partneři nezvládají psychicky nezdar svých žen a mužů. Jinak jsem ale vždy hrozně ráda, když tady někoho z rodiny mají, obzvláště někoho, kdo ví, co a jak procvičovat i mimo tuhle místnost normálně přes den. To je pak na těch pokrocích velice znát.

*14. Je možné, aby se logopedické intervence rodinní příslušníci přímo účastnili? Pokud ano, projevují o tuto možnost zájem?*

Zodpovězeno v předchozí otázce.

*15. Zajišťujete následnou logopedickou péči? Jakým způsobem?*

Někteří pacienti již přichází a jsou v dlouhodobé péči logopeda, těm předávám materiály, popř. nějaké návrhy, ve kterých mohou pokračovat doma nebo s logopedem. Pokud je to člověk, který měl logopeda třeba jen v rámci hospitalizace nebo vůbec, tak doporučuji kontakty na logopedy v místě bydliště. V případě, že jde o jedince s těžším komunikačním

problémem, kontaktuji rodinu a řeším následnou péči s nimi. Zde pacienti ambulantně nedocházejí.

## **II. Rozhovor**

*1. Jak dlouho působíte v praxi klinického logopeda?*

23 let.

*2. Jak dlouho již působíte v tomto zařízení?*

3 roky.

*3. Kdo a jakým způsobem rozhoduje o zařazení logopedické intervence do celkového rehabilitačního plánu zde v sanatoriu?*

Logopedickou intervenci navrhuje náš rehabilitační lékař, konečné rozhodnutí je ale na pacientovi, jelikož je to péče hrazená. Frekvence i délka se stanovuje na základě konzultací, kterých jsme také součástí.

*4. Jak často přijímáte nové pacienty?*

Většinou maximálně do 10 pacientů měsíčně. Nejčastěji jsou přijímáni na 4 týdny s tím, že někteří z nich mají pak zájem dokončit terapii ambulantně, takže pak pokračujeme tímto způsobem.

*5. Jaká je frekvence logopedické intervence u jednotlivých pacientů?*

Nejmenší frekvence je půl hodiny třeba jednou týdně až do 2 a půl hodin denně, což je intenzivní logopedický program, za který se připlácí.

*6. Jaká je nejčastější NKS, se kterou se u vašich pacientů setkáváte?*

Afázie, dysartrie, dysfagie, orální apraxie po CMP a traumatech.

*7. Jaká je nejčastější diagnostická metoda, kterou uplatňujete u svých pacientů?*

U afázie nejvíce využívám Neuropsychologické vyšetření dle Luriji, u dysartrie pak Dysartrický profil 3F.

8. *Jakou logopedickou metodu terapie ve své praxi nejvíce využíváte?*

To je velmi různé, u afázií rozhodně využívám restitučního učení – Cvětkovová. Takže vyloženě ta ruská škola. U dysartrií zase spíše americký styl – Talk Tools, Oral Placement terapii.

9. *Jakých pomůcek, diagnostických a terapeutických materiálů využíváte?*

Využívám mnoho různých pomůcek i materiálů. Kromě obrázků a pracovních listů mám mnoho programů pro tablet, které jsou v cizích jazycích a čehož tady využiji. Z počítačových programů je to Mentio, HAPPYneuron, Indoor a Outdoor sound, Straw exercises. Pro úpravu dysfagie to jsou zase rozdílné pomůcky, těch technických užívám hlavně ke zjištění stavu, například různé měřiče síly jazyka, síly rtů nebo přístroj Vital Stim, který funguje na principu neuromuskulární stimulace.

10. *Využíváte některých PC programů, technických pomůcek?*

Zodpovězeno v předchozí otázce.

11. *Využíváte skupinovou terapii?*

Nevyužívám.

12. *Jak hodnotíte spolupráci s ostatními odborníky, kteří se podílejí na komplexní rehabilitaci daného jedince?*

Spolupráce tady funguje mezi námi a fyzioterapeuty a to především v případech dysfagie, kdy je ta spolupráce opravdu nezbytná a kdy je potřeba vědět jaké cviky s pacientem provádíme.

13. *Jak hodnotíte spolupráci s rodinnými příslušníky? Mají zájem se podílet a být informováni?*

Někteří klienti docházejí sami, vedou si logopedický sešit, podle kterého pak také samostatně pracují. Především pokud si péči platí, jsou motivováni a ty výsledky prostě být vidět musí. Přítomnost rodinného příslušníka je podmínkou u dysfagických pacientů, jinak jej do logopedické péče nepřijímáme.

*14. Je možné, aby se logopedické intervence rodinní příslušníci přímo účastnili?*

*Pokud ano, projevují o tuto možnost zájem?*

V každém případě je to lepší, ale často tady máme osoby samostatně, obzvláště ty na dlouhodobějších pobytech

*15. Zajišťujete následnou logopedickou péči? Jakým způsobem?*

Ano, tato možnost tady je a pacienti, kteří projeví zájem ve spolupráci pokračovat, mají možnost ambulantní terapie. Jinak veřejnosti ambulantní péči neposkytujeme, pouze našim pacientům.

### **III. Rozhovor**

*1. Jak dlouho působíte v praxi klinického logopeda?*

3 roky.

*2. Jak dlouho již působíte v tomto zařízení?*

2 roky.

*3. Kdo a jakým způsobem rozhoduje o zařazení logopedické intervence do celkového rehabilitačního plánu zde v sanatoriu?*

Návrh podává lékař tady v sanatoriu, pacient buďto souhlasí nebo se plán upravuje.

*4. Jak často přijímáte nové pacienty?*

To je velmi sezonní záležitost, ale maximálně do 10 měsíčně, na každého tady mám dostatek času.

*5. Jaká je frekvence logopedické intervence u jednotlivých pacientů?*

Záleží podle nastaveného programu, program Intensiv má 2,5 hodiny denně, což je samozřejmě nejefektivnější, ale zároveň placený nadstandard. Za dobu, kterou tady působím, ho mám teprve po třetí. Také nevím o jiném místě, kde by byl poskytován. Klasická a nejmenší časová dotace je půl hodiny, frekvence pak závisí hlavně na jejich finančních možnostech a pohybuje se mezi terapií 2 – 4x týdně. Nejde tak ani o to, jakou má pacient poruchu, ale kolik je to její léčby ochoten investovat. Mám možnost srovnání s

jiným zařízením, kde akutní pacienti získali každodenní půlhodinovou (nikdy ne více) logopedickou terapii, což je určitě vhodné z hlediska frekvence, ale myslím, že ve stavu bezprostředně po CMP je ideální hodina. Musí se brát v potaz konkrétní pacient a jeho dispozice, psychický stav apod. S některými stihnete za půlhodinu nějaké začáteční vyšetření a víc nic.

*6. Jaká je nejčastější NKS, se kterou se u vašich pacientů setkáváte?*

Určitě afázie, dysartrie nebo také orální apraxie.

*7. Jaká je nejčastější diagnostická metoda, kterou uplatňujete u svých pacientů?*

Mám vytvořeny většinou vlastní baterie, složené z různých testů a z těch standardizovaných používám 3F pro diagnostiku dysartrie, pak využívám kognitivní testy jako je Addenbrookský kognitivní test a Montrealský kognitivní test.

*8. Jakou logopedickou metodu terapie ve své praxi nejvíce využíváte?*

U afázií testem vždy zjistím složku narušení a na tu pak orientuji terapii, konkrétně hodně využívám VAF (Vysoce automatizované formy řeči) a pokud to jde, tak různých přísloví, rčení a písní. U dysartrií nejčastěji myofunkční cvičení, dechová cvičení, opět podle toho, co je potřeba procvičovat.

*9. Jakých pomůcek, diagnostických a terapeutických materiálů využíváte?*

Hodně využívám Mentia, Outdoor a Indoor sounds.

*10. Využíváte některých PC programů, technických pomůcek?*

Kromě těch, které jsem řekla, používám ještě tablet, kde využívám výukových kartiček, které jsou na internetu k dispozici.

*11. Využíváte skupinovou terapii?*

Ne, velice špatně by se tady dala vytvořit skupina pacientů se stejnými obtížemi.

*12. Jak hodnotíte spolupráci s ostatními odborníky, kteří se podílejí na komplexní rehabilitaci daného jedince?*

Spíše bych řekla, že si každý pracujeme sám za sebe, hlavní logopedka tedy chodí na schůze, ale že bychom probírali konkrétní pacienty, to se říci nedá. Samozřejmě to není jenom o čase, ale konkrétním lékaři. Z osobní zkušenosti vím, že to jde a zažila jsem velmi iniciativní lékařku, která mi skoro vždy volala s tím, koho mi do ambulance posílá a zajímala se, co si o tom myslím. Stejně tak zprávy lékařů, o které se vlastně mnohdy opíráme, jsou někdy dost chudé a ne vždy se dozvím vše, co bych potřebovala.

*13. Jak hodnotíte spolupráci s rodinnými příslušníky? Mají zájem se podílet a být informováni?*

Pokud tady rodinný příslušník pacienta je přítomen, nikdy se mi nestalo, že by neměl zájem se podílet, vždy jsou aktivní a zajímají se. Mnohdy vyvíjejí dokonce větší iniciativu než samotný pacient a hodně ho tak povzbuzují. Myslím, že v těch případech, kdy nemá zájem rodina, by se sem ten člověk ani nedostal.

*14. Je možné, aby se logopedické intervence rodinní příslušníci přímo účastnili? Pokud ano, projevují o tuto možnost zájem?*

S tím mám jenom dobré zkušenosti, jak říkám, pokud tady jsou, zájem tam určitě je.

*15. Zajišťujete následnou logopedickou péči? Jakým způsobem?*

Ne, po ukončení mohu pacientovi napsat doporučení na docházení na logopedii v místě bydliště, pokud bych měla říci, kolik z nich již je v péči logopeda, je to tak půl na půl. Teoreticky tedy v případě zájmu je možné, aby zde dojížděli ambulantně, ale většina z nich je z daleka a nevyužívají toho. Ta možnost tady ale je.



### 3.4 Závěr výzkumného šetření a návrhy další logopedické intervence

#### Shrnutí rozhovorů

Všechny oslovené logopedky byly ochotné podílet se na spolupráci a sdílet své zkušenosti. Každá z nich se liší délkou své praxe, kdy zde máme zástupkyni teprve v předatestační přípravě, ale také klinickou logopedku působící v oboru již přes 20 let, a která pracuje také s klienty ze zahraničí, kteří komunikují výhradně anglickým nebo arabským jazykem.

Shodná tvrzení nalézáme v oblasti způsobu zařazení logopedické intervence do celkového rehabilitačního programu pacienta, u kterého vždy rehabilitační lékař navrhuje podle jeho individuálních potřeb množství, popř. délku jednotlivých terapií. Jako příhodné lze hodnotit, že je vždy brán ohled na názor klinického logopeda, který je kompetentní k tomu upravit tuto danou dotaci podle svého odborného posouzení. Lehkou rozlišnost pozorujeme při pohledu ze strany pacienta, popř. jeho rodiny, kdy se v případě pojišťovnou nehraně péče, bude pacient více podílet na tom, jak bude konečný rehabilitační plán vypadat a jaké procedury bude obsahovat.

Při určení frekvence, popř. délky jednotlivých logopedických intervencí, můžeme pozorovat značnou rozmanitost. Rozhodnutí závisí na stavu pacienta, jeho potřebách a posouzení všech zainteresovaných stran. Dotace se tedy pohybují od půlhodinových terapií minimálně jednou týdně až po intenzivní logopedický program, který zahrnuje každodenní dvou a půl hodinovou péči klinického logopeda.

Záměrem otázky na průměrný počet průběžně přijímaných pacientů bylo zjistit přibližný poměr celkově přijatých pacientů do zařízení a pacientů, kterým byla přidělena logopedická péče. Bohužel reálná čísla se podařilo získat pouze od jednoho zařízení. Zde se ukázalo se, že počet přijatých pacientů od začátku měsíce listopad do konce měsíce březen činil 1984 a z tohoto počtu bylo 44 pacientů zařazeno do logopedické péče. Tyto údaje by zhruba odpovídaly odhadům logopedek.

Od přijetí do zařízení a stanovení počtu logopedických intervencí se pacient dostává do rukou klinického logopeda, kdy je mimo jiné v jeho kompetenci také logopedická diagnostika. Jakožto nejčastější diagnózy jsou dle předpokladů jednohlasně uváděny afázie

a dysartrie. Každá z oslovených logopedek staví na první místo tato dvě narušení komunikační schopnosti společně, nepředpokládáme tedy výraznější výskyt jedné či druhé poruchy. Jako další často řešené obtíže jsou dysfagie, orální apraxie a demence.

Dysartrický profil 3F byl jednoznačně zvolen jako metodou užívanou pro diagnostiku dysartrie. U afázie je problematika diagnostiky komplikovanější. V jednom případě bylo klinickou logopedkou uvedeno Lurijovské neuropsychologické vyšetření, jinak je tendence spíše sestavovat vlastní testy získané z různých dílčích vyšetření.

Oslovené logopedky využívají mnoho terapeutického materiálu jak vlastní tvorby, tak prostřednictvím již hotových pomůcek. Výjimkou nejsou ani technické pomůcky, například Mentio (program určen dětem i dospělým na podporu rozvoje řeči a komunikace) či Happy Neuron (software pro kognitivní trénink). Ve všech případech je potvrzena práce s tabletem.

Skupinovou terapii shledávají všechny odbornice jako těžko proveditelnou i přes počáteční jisté snahy. Důvodem je uváděna značná heterogenita pacientů a časová náročnost vzhledem k celkovým rehabilitačním plánům a zakomponování logopedické intervence do řady dalších rehabilitačních procedur. Zajímavostí je, že v jednom ze zařízení se nachází dokonce speciální místnost s názvem Skupinová terapie, ta je ale momentálně prázdná a zda někdy vůbec byla využívána pro ty účely, pro které byla pravděpodobně stvořena, se nepodařilo zjistit.

Následující skupina otázek zjišťovala subjektivní hodnocení míry spolupráce mezi jednotlivými členy rehabilitačního týmu a na úrovni odborníků a rodinných příslušníků pacienta. I když by se mohlo zdát, že na pracovišti zajišťujícím komplexní rehabilitační programy bude tato spolupráce přirozeně fungovat, vždy nakonec záleží na jednotlivých charakteristikách zainteresovaných osob do péče o daného pacienta. U logopedek, se kterými rozhovor proběhl, se dozvídáme jak o lékařích, kteří téměř samozřejmě telefonicky konzultují stav pacienta a průběh intervence, tak naneštěstí i s nedostatečnými lékařskými zprávami, o osobních konzultacích nemluvě. V neposlední radě získáváme informaci o tom, jak by tento systém měl probíhat, a že minimálně ty obtíže vyžadující logopedovu intervenci zaměřenou na orofaciální svalstvo či jiné oblasti úzce spjaté s

fyzioterapií, by s fyzioterapeuty měly být diskutovány. Jako velmi pozitivní lze hodnotit úroveň spolupráce s rodinou pacientů, kterou všechny oslovené logopedky posuzují velice kladně.

Poslední dotaz, který byl při rozhovorech pokládán, se týkal poskytování následné logopedické intervence. Logopedky obou zařízení berou jako samozřejmé poskytnutí kontaktů na logopedy v místě bydliště, rády pomohou s jeho případným zprostředkováním a v případě již existující spolupráce mezi pacientem a logopedem v místě bydliště, jsou ochotny připravit návrhy pro následnou práci, popř. materiály pro osobní procvičování pacienta. Bylo zjištěno, že z hlediska časové dotace není reálné poskytovat ambulantní péči po ukončení pobytu v zařízení v Karviné – Darkov a v důsledku častých výrazných vzdáleností, které dělí pacienta od rehabilitačního zařízení, je ambulantní pokračování v logopedických intervencích spíše výjimkou i ve druhém zařízení.

Mimo strukturu interview jsme se dozvěděli poměrně zajímavou informaci ohledně přijímání pacientů – cizinců, většinou z arabsky mluvících zemí. Všechny tři logopedky mají s touto klientelou nemalé zkušenosti, přičemž každá z nich má odlišný pohled na věc. Je naprosto bez diskuzí, že tato skupina pacientů vyžaduje jisté znalosti a zkušenosti a nelze tak srovnávat klinického logopeda s mnohaletými zkušenostmi v několika zemích světa a téměř čerstvou absolventku s ještě nedokončenou atestační zkouškou. Ať se to zdá jakkoliv logické, přesto jsou na obě z nich kladeny podobné nároky. Pro svou specifičnost nebyli tito klienti zahrnuti do výzkumu a jistě by si tato oblast zasloužila samostatné rozpracování.

Nelze přehlížet znatelné difference vyplývající z faktu, zda byl pacientovi uznán nárok na poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče hrazené v rámci zdravotního pojištění nebo jde o samoplátce. Přesto, že se nám tato skutečnost promítá do mnoha odpovědí, nelze poskytnout objektivní souhrn pozitiv a negativ. Tato komparace by si vyžadovala daleko podrobnější výzkum zaměřený právě na tuto problematiku.

### **Shrnutí dotazníků**

Soubor otázek zjišťující obecnou charakteristiku dotazovaných pacientů zjistil výraznou převahu respondentů – mužů. Věkové rozdělení je relativně vyvážené a data získaná

z dotazníků potvrdila tvrzení oslovených logopedek ohledně vysokého počtu pacientů z různých částí republiky. Pouze tři z celkového počtu mají své bydliště v místě daného lázeňského zařízení.

Následující otázkou mělo být zjištěno, v jakých rozmezích se pacienti dostávají k rehabilitačnímu pobytu. Více než dvě třetiny respondentů datují onu událost, která byla spouštěčem logopedických obtíží, na období před méně než jedním rokem.

Dotazníky potvrdily výrok jedné z klinických logopedek, že podle toho, zda pacienti na rehabilitační pobyt vstupují již v péči logopeda či nikoli se dělí v podstatě na polovinu a výrazně nepřevažuje jedna nebo druhá skupina. Co se frekvence absolvovaných intervencí týče, převažuje odpověď nejmenší častosti, a to méně než jednou za dva týdny, kterou jako odpověď zvolilo šest pacientů z celkového počtu 16, kteří již navštěvují logopedická pracoviště v místě bydliště.

I přes menší výzkumnou skupinu se dá říci, že otázka zjišťující příčinu léčebně rehabilitačního pobytu souhlasí s teoretickými východisky, dle kterých je nejčastější důvod vzniku získané NKS v dospělém věku neurogenního charakteru, konkrétně u afázie a dysartrie jde právě o cévní mozkovou příhodu a úrazy centrální nervové soustavy, které nejčastěji uvádí dotazovaní pacienti, přičemž případy CMP v období výzkumu mírně převažovaly.

Právní úprava k poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče je obsažena v novele zákona o veřejném zdravotním pojištění (zákon č. 1/2015 Sb.) a zároveň v prováděcí vyhlášce (vyhláška č. 2/2015 Sb.) Tyto dokumenty stanovují pro nemoci nervové možnost pobytu v rozsahu 21 nebo 28 dní dle indikace, někdy s možností prodloužení. Drtivá většina respondentů má pojišťovnou hrazený pobyt na čtyři týdny. Tři z nich uvedli, že jsou plní samoplátci programu bez nároku na příspěvek a jejich pobyt je delší.

Otázkou umožňující výběr více odpovědí byli respondenti dotazováni na přítomné komunikační obtíže, které u sebe pozorují. Záměrně nebyl zjišťován počet konkrétních diagnóz, což by bylo vhodné spíše pro účely kvantitativního výzkumu. Tato otázka tedy více nahlíží na obtíže z pohledu pacienta. Nejčastěji respondenti označovali možnost

*snížená schopnost vyjadřování*. Shodný počet pacientů zaznamenáváme u odpovědí *neplynulá řeč, deformace slov a nesrozumitelná řeč*. Pouze o jednoho respondenta méně mají možnosti *porozumění řeči a poruchy polykání*. Šest pacientů u sebe pozoruje dýchací obtíže, zde můžeme tedy vidět jediný výraznější rozdíl. V ostatních případech jsou odpovědi poměrně vyrovnané. Otevřenou možnost odpovědi využili dva respondenti, kteří uvedli úplnou nemluvnost. V tomto případě by se dalo uvažovat o více příčinách. Jednotlivé možnosti byly vybrány na základě příznaků nejčastěji se vyskytujících získaných NKS u dospělých. I přesto, že kupříkladu snížená schopnost vyjadřování by se teoreticky dala přiřadit ke všem NKS, jako komunikační problém ji vnímá pouze polovina dotazovaných pacientů. Přes značnou náročnost získávat data přímo od jedinců s možnou poruchou porozumění záleželo na odborném úsudku logopeda, zda předá dotazník pacientovi k samostatnému vyplnění nebo bude potřeba asistence.

Vzniká domněnka, že pacienti s poruchou dýchání a polykání bez výrazných obtíží ostatních složek participujících na řeči, nejsou do logopedické péče zařazeni a lze tak předpokládat, že u těchto možností by respondentů bylo více v případě, že by byli zahrnuti všichni pacienti rehabilitačního zařízení bez ohledu na to, zda jejich plán obsahuje logopedickou intervenci či nikoliv.

Pozorujeme skutečnost, že v případě dotazníků vyplňovaných samostatně pacienty jsou častěji voleny možnosti, které vyjadřují, že respondentům čas na logopedii připadá dostatečný. Tehdy, kdy asistoval logoped či rodinný příslušník jsou odpovědi téměř vždy opačného směru. Lze předpokládat, že u pacientů vyžadujících asistenci při odpovídání je narušení komunikační schopnosti výraznější a je tedy potřeba vyšší dotace logopedické péče. Druhou možností je motivace, kdy rodina může komunikační bariéru vnímat jako více omezující než samotný pacient a odpověď je pak tímto ovlivněna.

Nadpoloviční většina rodinných příslušníků se také aktivně účastní logopedických intervencí. Zohledněna by přitom měla být skupina pacientů, kteří mají jen mírné obtíže, a spoluúčast rodiny není nezbytná. Samozřejmě jejich počet není znám a nelze jej jen odhadovat, dá se však předpokládat, že neúčast rodiny u pacientů, kteří jejich spolupráci vyžadují, bude nižší, než dvanáct. Příčiny nepřítomnosti pak zjišťovala následující otázka.

Důvody časové označili tři respondenti, stejně jako ty související se vzdáleností, kterou by rodina musela překonávat. Poměrně uspokojující se zdá být počet označení možnosti *nezájem ze strany rodiny*, kterou uvádí jediný respondent.

I když názor na dostatečnost a nedostatečnost logopedické péče prováděné pod dohledem logopeda v podstatě respondenty rozděluje na polovinu, samostatně se jí věnuje většina pacientů. Čtyři dotazovaní pacienti zaujímají spíše pasivní přístup, ostatní však zjevně považují za samozřejmost vynaložit vlastní aktivitu s cílem úspěšné terapie.

Následující otázka byla určena respondentům, kteří odpověděli záporně na otázku předchozí. Jeden pacient odpověděl, že neví, jakým způsobem by měl pracovat, ostatní si myslí, že věnovat se logopedii ve svém volném čase nepotřebují. Z toho vyplývá, že důvod pro to samostatně nepochvívat mají tři pacienti z celkového počtu zúčastněných.

Znalost ohledně pojmů AAK systémů projevilo pět respondentů. I když by se mohlo zdát, že jsou to pojmy komplikované a i přes to, že by jich jedinec využíval, nemusí je znát, následovala otázka, kde byly vypsány možnosti všem jistě známé. Všech pět respondentů potvrdilo zkušenost s používáním fotografií a obrázků, což jsou jedny z nejjednodušších a nejzákladnějších forem AAK.

Následující otázka, zjišťující zda respondenti mají zkušenost se skupinovou terapií, přinesla obdobné výsledky. Pouze čtyři pacienti uvedli kladnou odpověď, přičemž všichni se jí zúčastnili v jiném zařízení. Tato informace potvrzuje výroky logopedek, které neprovádí v rámci svých logopedických intervencí tuto formu terapie.

Největším problémem se zdá být časová organizace, kdy pacienti mají přesně naplánován harmonogram jednotlivých rehabilitačních procedur. Z toho vyplývá, že není v silách logopeda zajistit případné hodiny skupinových terapií, ale je možné dát pouze podnět k vytvoření této možnosti. Další překážkou je výrazná heterogenita pacientů a jejich častá obměna.

U výzkumného souboru ani v jednom případě nekomplikuje stav přidružená smyslová vada. Nelze v tomto ohledu za přítěžující považovat lehkou zrakovou či sluchovou vadu s možností korekce, kterou uvedlo osm dotazovaných pacientů.

Závěrečné otázky mapovaly situaci ohledně následné péče. Zjištěna byla převaha jedinců, kteří by rádi pokračovali v logopedické terapii i po ukončení pobytu v rehabilitačním zařízení. Vzhledem ke zjištění z odpovědí na otázku číslo 6, a sice že více než polovina dotazovaných pacientů se dostala do péče logopeda až po přijetí do sanatoria by bylo na tuto skutečnost vhodné při plánování následné péče brát ohled. I kdybychom od výsledného množství odečetli čtyři respondenty, kteří nemají v plánu v logopedii pokračovat, stále jsme na čísle 13, což není určitě zanedbatelné.

Cílem poslední otázky bylo zjistit, zda by bylo přínosem uvažovat o ambulantních pokračováních terapií v rehabilitačních zařízeních u stávajících logopedů, nicméně tato možnost byla předem v podstatě zavržena logopedkami a zjištěním vzdálenosti zařízení od většiny bydlišť pacientů. Přesto tato možnost teoreticky existuje a v případě zájmu by pacient nebyl odmítnut. V podstatě se tak dozvídáme subjektivní spokojenost s konkrétním odborníkem, kdy by ve spolupráci nemělo zájem pokračovat devět oslovených respondentů. Zohlednit je potřeba také možnost, že toto číslo zahrnuje pacienty, kteří nechtějí v logopedii pokračovat vůbec. Výpovědi mohou být také ovlivněny skutečností, zda byl dotazník vyplněn anonymně, či za přítomnosti logopeda.

### **Závěry šetření a doporučení pro praxi**

Výzkum proběhl ve dvou zařízeních poskytujících logopedickou intervenci dospělým jedincům v rámci rehabilitačních pobytů. Byla vybrána dvě rehabilitační sanatoria Moravskoslezského kraje. Údaje byly shromážděny pomocí metody kvalitativního dotazování, a to technikou polostrukturovaného interview a dotazníků vlastní konstrukce. Písemná forma dotazníků byla před strukturovanými rozhovory upřednostněna pro menší časovou náročnost, která byla žádoucí vzhledem k poměrně krátkému období, ve kterém výzkum trval. Jeho průběh začal ke konci listopadu roku 2016 a ukončen byl v březnu roku 2017.

Tři oslovené logopedky, které aktuálně působí ve zkoumaných rehabilitačních sanatoriích, souhlasily s poskytnutím rozhovoru. Jejich výpovědi byly následně doplněny informacemi získaných od pacientů. Kritériem pro výběr respondentů byla ochota zúčastnit se šetření, a to s možností vyplnit dotazník samostatně nebo s pomocí, dále zařazení do logopedické

péče v rámci rehabilitačního pobytu a užívání českého jazyka jakožto mateřského. Celkově se podařilo informace získat od 33 respondentů.

Při konečném pohledu na celkové výsledky získané pomocí uskutečněných rozhovorů a získaných dotazníků lze formulovat následující závěry a doporučení.

V oblasti diagnostiky zaznamenáváme jednotnost u vyšetření dysartrie, kdy je používán test Dysartrický profil 3F. Zmíněny jsou speciální technické pomůcky především v rámci diagnostiky dysfagie a nejvíce se logopedky rozcházejí u přístupů při vyšetření afázie. Bylo by vhodné zjistit, zda je problém v používání komplexních testových baterií v širším okruhu, popřípadě blíže nahlédnout do vlastních sestavených testů a tyto verze zhodnotit.

Vzhledem k tomu, že pacienti jsou v péči logopeda rehabilitačního zařízení pouze krátkodobě, je žádoucí orientovat celou terapii směrem do budoucnosti. Potvrzuje to také tvrzení téměř většiny dotazovaných pacientů, kteří uvádí aktivní přístup k logopedickým aktivitám i mimo přímé terapie s logopedem. Tento fakt by měl být zohledněn při výběru pomůcek a metod terapie. Pacient (popř. také jeho nejbližší okolí) by měl být srozumitelně instruován, jak co nejefektivněji podporovat rozvoj komunikační schopnosti samostatně. Materiál by měl být dostupný i pro domácí použití, být přizpůsoben požadavkům, zájmům, popř. vzdělání konkrétního pacienta. Logopedky uvádí několik zdrojů, jimiž se lze samozřejmě inspirovat. Materiály je důležité vždy adekvátně modifikovat dle věku pacienta.

I když přesvědčení o pokračování v docházení na logopedické terapie po ukončení rehabilitačního pobytu již není tak jednoznačné, je důležité nezanedbat pomoc zejména těm pacientům, kteří prozatím nemají logopeda v místě bydliště. Je tedy podstatné zprostředkovat následnou logopedickou péči, což, jak bylo zjištěno, u zkoumaných zařízení funguje v uspokojivé míře.

V rámci využívaných terapií byly zkoumány zkušenosti se skupinovou formou logopedické terapie a se systémy alternativní a augmentativní komunikace. Mnoho autorů vyzdvihuje přednosti skupinové terapie u osob se získaným komunikačním narušením. Dospělí jedinci potřebují posílit sebevědomí, které jim získaná NKS může ohrožovat,



zároveň se zde vytváří prostor pro nácvik přirozených situací, které pomohou jedince připravit se na reálný život. Přes všechna pozitiva, která skupinová terapie nejen dospělým přináší, se však zdá být její realizace v rámci rehabilitačních pobytů příliš náročná. Logopedky se odvolávají na nemožnost časové realizace a přílišnou heterogenitu pacientů. Je jistě ideální pracovat se skupinou se stejným typem i stupněm poruchy, je však otázkou, zda je vytvoření takto stejnorodé skupiny vůbec možné.

Minimální znalost systémů AAK možná souvisí s tím, že většina pacientů je v poměrně rané fázi terapie. Je tedy reálná šance, že některý ze systémů, který by nahrazoval či doplňoval verbální komunikaci, jedinec s NKS teprve objeví. Doporučením v této oblasti by mohla být osvěta rodinných příslušníků a představení možností, které jim alternativní a augmentativní komunikace nabízí. Vycházíme ze zjištěných pozitivních předpokladů, že rodina pacienta většinou má zájem se na terapii podílet. Formy by z počátku měly být voleny jednodušší (fotografie, obrázky). Později, pokud by se osvědčilo jejich užívání, by se dalo uvažovat o jejich rozpracování. Je potřeba nenásilně seznámit rodinu i jedince s principy AAK a vysvětlit, že jde o podporu komunikace, na jejímž základě se může řeč rozvíjet.

Na spolupráci s rodinou, která byla hodnocena pozitivně, navazuje spolupráce transdisciplinární. Jelikož v případě našeho výzkumu se jedná vždy o soukromé zařízení, je plně v kompetenci vedení zajistit organizaci a podporu mezioborové spolupráce. Ve prospěch pacienta by se dalo využít skutečnosti, že všichni odborníci participující na komplexní rehabilitaci v rámci lázeňského pobytu působí v jednom objektu. I přesto, že je rehabilitační tým popisován vždy komplexně, zjišťujeme, že tato spolupráce je spíše výjimkou. Možné časové potíže by měly být v první řadě řešeny dostatečným množstvím kompetentních odborníků, kteří mají dostatek prostoru na každého pacienta, čas na přípravu společných terapií a následné konzultace s ostatními členy rehabilitačního týmu. Možné obtíže s hledáním kvalitních pracovníků by mohly souviset s úbytkem obyvatelstva v Moravskoslezském kraji a tím pádem vést ke snížené možnosti nalezení adekvátních zaměstnanců. Je proto vhodné vytvořit pro potencionální logopedy takové podmínky, které by pro vytvořili příjemné a atraktivní profesní prostředí.

## 4 Závěr

Předkládaná práce se dělí na tři kapitoly. První dvě jsou teoretického charakteru. V první části byly zpracovány jednotlivé druhy narušené komunikační schopnosti, které se z různých příčin nejčastěji objevují v dospělém věku. Byla u nich jednotlivě vytvořena schémata příčin vzniku, klasifikace, přehled diagnostických a terapeutických postupů. Následuje kapitola pojednávající o logopedické intervenci jako takové, se snahou orientovat ji směrem k cílové skupině dospělých a zařadit ji do zdravotnického rezortu.

V rámci třetí kapitoly bylo provedeno empirické šetření. Od počátku bylo pojímáno jako kvalitativní výzkum, jelikož si nemyslíme, že stanovené cíle by bylo možné naplnit pomocí kvantitativních metod. Úkolem bylo spíše přiblížit a pohlédnout do oblasti logopedické intervence jakožto součásti komplexní rehabilitace v rámci intenzivních rehabilitačních pobytů a i přes jistou subjektivitu, která je v kvalitativních výzkumech nevyhnutelná, bylo cílem poskytnout nové informace a teoretické poznatky případně připravit podklad pro následné rozpracování pomocí kvantitativního šetření.

Výzkum proběhl v období od listopadu 2016 do března 2017. Pro vstřícnost jednotlivých odborníků a shodné zaměření v rámci Moravskoslezského kraje byla pro tyto účely vybrána daná rehabilitační zařízení. Zde se výzkum uskutečnil pomocí dvou technik kvalitativního dotazování, kdy byly provedeny polostrukturované rozhovory se třemi logopedkami a pacientům průběžně distribuovány dotazníky.

Hlavním cílem bylo přiblížit funkci logopeda v rehabilitačních zařízeních, které logopedickou intervenci poskytují. Díky informacím, které byly pomocí uvedených metod získány, byla popsána funkce klinického logopeda jako odborníka participujícího na celkové rehabilitaci pacienta s NKS. Jeho pozice v rehabilitačním týmu je u těchto pacientů nezastupitelná a vzhledem ke specifickým péči v rámci rehabilitačních pobytů je nutno na jeho působení nahlížet z jiného pohledu. Poněvadž jde o poměrně krátkodobou spolupráci, je žádoucí neohraničovat intervenci pouze na právě probíhající přidělené logopedické terapie. Optimální je vést pacienta k samostatnosti a ukázat mu směr, kterým by se měl ubírat po ukončení rehabilitačního pobytu. Podle odpovědí logopedek bylo zjištěno, že teoretická možnost toho, aby pacienti pokračovali v terapii po ukončení

pobytové léčby ambulantní formou, existuje, nicméně z hlediska nedostatečného časového prostoru a vzdálenosti, ze které by museli pacienti většinou dojíždět, není příliš obvyklá. I skupina pacientů potvrdila, že pouhé tři osoby z celkového počtu pochází z blízkého okolí zařízení a i přes to, že většina z nich projevila spokojenost se stávajícím logopedem, bylo by ambulantní dojíždění příliš obtížné.

Prvním z dílčích cílů bylo zjistit nejčastěji se objevující narušení komunikační schopnosti. V potaz byly brány odpovědi logopedek na otázku, s jakými diagnózami se nejčastěji setkávají. U pacientů pak tato skutečnost byla zjišťována pomocí subjektivního hodnocení vlastní komunikační schopnosti a uvedení příčin zařazení do lázeňského programu. Afázie společně s dysartrií byly shledány jakožto nejčastější typy narušené komunikační schopnosti jak logopedy, tak odpovídaly i výpovědi pacientů. Ti využili v podobném poměru možnosti, které byly vybrány na základě příznaků nejčastěji se vyskytujících získaných NKS u dospělých. Nejméně se přitom objevovaly potíže s dýcháním. Respondenti se prakticky rozdělili na dvě skupiny a to ty, kteří prodělali některý z typů cévní mozkové příhody a ty, kteří byli obětí úrazu hlavy různého charakteru.

Následující dílčí cíle byly směřovány na zmapování diagnostických a terapeutických postupů, využívaných pomůcek. Je samozřejmé, že každý logoped, ať už s přívlastkem klinický či nikoliv, je individuální osobnost. Tato rozmanitost nám pomáhá nalézat stále nové poznatky, sdílet je a vzdělávat tak jednak své kolegy z oboru, tak i širokou veřejnost. Zároveň však existují určité předpoklady, které pomáhají k formování profesních vlastností odborníků. Ze získaných odpovědí lze vyvodit, že k terapii získané narušené komunikační schopnosti v dospělém věku je využíváno velké množství různých pomůcek, často vlastní tvorby, což je určitě vhodné vzhledem k výrazným odlišnostem každého pacienta. Shodnost pozorujeme u diagnostiky dysartrie, kdy se téměř jednohlasně všechny oslovené logopedky shodly na využívání testu Dysartrický profil 3F. Pozornost by si pak zasloužila oblast diagnostiky afázie, kdy jednotnost nezaznamenáváme. Bylo by vhodné plošněji zjistit, zda i v dalších zařízeních stejného typu jsou používány vlastní, popř. prozatím pro češtinu nepřizpůsobené testy i přes to, že existují české verze ucelených testových baterií pro diagnostiku afázie.

Vzhledem k minimálnímu teoretickému rozpracování oblasti logopedické intervence v rámci lázeňské péče či jiných komplexních rehabilitačních programů bylo cílem prozatím nastínit tuto problematiku a zdůraznit, že i přes krátkodobou interakci klinického logopeda a pacienta s NKS lze vytvořit důležitý základ pro následnou logopedickou intervenci a vytvořit tak podmínky pro co nejúspěšnější výsledky terapie. Klinický logoped v rehabilitačním zařízení je nejspíše prvním logopedem, se kterým jedinec s NKS přichází do kontaktu. Při nesprávném přístupu hrozí demotivace pacienta a následné riziko zhoršení či stagnace komunikačních kompetencí. V souvislosti s demografickými proměnami dnešní společnosti je důležité zaměřit se na zvyšování kvality života dospělých a stárnoucích osob a udržení komunikační schopnosti na dostatečné úrovni je jedním z významných faktorů.

## 5 Seznam použitých informačních zdrojů

- BARTONÍČKOVÁ, Viktorie a Alžběta DVOŘÁKOVÁ. *Cesta z mlčení: příběh o vůli překonat ztrátu řeči po cévní mozkové příhodě*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-531-8.
- CSÉFALVAY, Zsolt. Diagnostika afázie. In: LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.
- CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.
- CSÉFALVAY, Zsolt a Milena KOŠTÁLOVÁ. Diagnostika afázie. In: CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3.
- CSÉFALVAY, Zsolt. Afázie a iné poruchy komunikácie sprevádzajúce mozgové ischémie a hemorágie. In: KALVACH, Pavel. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2765-3.
- CSÉFALVAY, Zsolt a kolektiv. *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Přeložil Jana KRÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.
- CSÉFALVAY, Zsolt. Terapie afázie. In: LECHTA, Viktor a kolektiv. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
- DOBIAS, Silvia. Klinicko-logopedická intervencia neurogénnej orofaryngeálnej dysfágie (NOD). In: NEUBAUER, Karel a Silvia Dobias. *Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISNB 978-80-7435-518-9.
- DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-902536-6-7.
- FUKANOVÁ, Věra. Koncepce logopedické péče. In: ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-7367-485-4.

HOUSAROVÁ, Blanka. Edukační činnost s rodinou afatického klienta staršího věku. In: *Acta Aphasiologica II*. Brno: Asociace klinických logopedů ČR a Neurologická klinika Fakultní nemocnice Brno, 2001. ISBN 80-238- 8536-7.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-13679-4.

JIRÁK, Roman. Demence. In: PREISS, Marek a kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6.

KAULFUSSOVÁ, Jitka. Poruchy polykání a příjmu potravy. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2835-3.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Vady řeči u dětí*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3941-0.

KEREKRÉTIOVÁ, Aurélia. Diagnostika poruch hlasu. In: LECHTA, Viktor. Základní vymezení oboru logopedie. In: ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-9.

KOŠTÁLOVÁ, Milena. Vysoce automatizované formy řeči. In: *Terapie afázie: teorie a případové studie*. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.

KULIŠŤÁK, Petr. *Afázie*. V Praze: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1.

KULIŠŤÁK, Petr. Afaziologické vyšetření „Western Aphasia Battery“ (WAB). In: PREISS, Marek a kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998a. ISBN 80-7169-443-6.

KULIŠŤÁK, Petr. Neuropsychologická diagnostická technika „Luria-Nebraska Neuropsychological Battery“ (LNNB). In: PREISS, Marek a kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998b. ISBN 80-7169-443-6.

KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. 2., aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-891-3.

KUTÁLKOVÁ, Dana a Daniela PALODOVÁ. *Palatolalie a afázie: metodika reedukace*. Praha: Septima, 2007. ISBN 978-80-7216-242-0.

LECHTA, Viktor. Metody logopedické intervence. In: ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007a. ISBN 978-80-7367-340-6.

LECHTA, Viktor. Základní vymezení oboru logopedie. In: ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007b. ISBN 978-80-7367-340-6.

LECHTA, Viktor. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.

LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.

MIMROVÁ, Milada. Afázie jako logopedický fenomén. In: KULIŠŤÁK, Petr. *Afázie*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-38-1.

MLČÁKOVÁ, Renata. Základní metody, formy a prostředky logopedické diagnostiky v jednotlivých resortech a věkových kategoriích. In: MLČÁKOVÁ, Renata a Kateřina VITÁSKOVÁ. *Základy logopedie a organizace logopedické péče*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3722-4.

NEUBAUER, Karel. Dysartrie. In: ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007a. ISBN 978-80-7367-340-6.

NEUBAUER, Karel. Logopedická péče o dospělé osoby s poruchami řečové komunikace. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007b. ISBN 978-80-7367-340-6.

NEUBAUER, Karel. Syndrom demence a poruch komunikace. In: ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007c. ISBN 978-80-7367-340-6.

NEUBAUER, Karel. *Neurogení poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]*. Praha: Portál, 2007d. ISBN 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, Karel. Poruchy řečové komunikace – diagnostika a terapie. In: PREISS, Marek a kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6.

NEUBAUER, Karel. Terapie dysartrie. In: LECHTA, Viktor a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2011a. ISBN 978-80-7367-901-9.

NEUBAUER, Karel. Současná problematika zapojení logopedie v rezortu zdravotnictví a rehabilitace. In: NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011b. Recenzované monografie. ISBN 9788074351099.

NEUBAUEROVÁ, Lenka. Výzkumné šetření v oblasti zapojení logopedické intervence v systému rehabilitace v ČR. In: NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. Recenzované monografie. ISBN 9788074351099.

OBEREIGNERŮ, Radko. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3737-8.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické minimum*. 2. vyd. Olomouc, 2005a. ISBN 80-244-1233-0.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. Logopedie – vymezení oboru. In: VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. Olomouc, 2005b. ISBN 80-244-1088-5.

PREISS, Marek a kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.

ROUBÍČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Test 3F: dysartrický profil*. 3., dopl. a přeprac. vyd., (V nakl. Galén 1.). Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-714-1.

SOVÁK, Miloš. *Elementární logopedická diagnostika, terapie a prevence*. Praha: SPN, 1978. Knižnice speciální pedagogiky ISBN 14-759-78.

SOVÁK, Miloš. *Logopedie: učebnice*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981. ISBN 14-248-81.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠKODOVÁ, Eva. Specifika intervence v klinické logopedii. Mezioborová spolupráce. In: ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.



ŠPLÍCHAL, Jan a Yvona ANGEROVÁ. Dlouhodobá komprehenzivní rehabilitace pacientů po traumatickém nebo jiném poškození mozku. In: PREISS, Marek a kol. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-443-6.

TEDLA, Miroslav a kol., CHROBOK, Viktor, ed. *Poruchy polykání: Poruchy prehl'tania*. Havlíčkův Brod: Tobíáš, 2009. Medicína hlavy a krku. ISBN 9788073111052.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

VYDROVÁ, Jitka. *Hlasová a mluvní výchova pro pedagogy*. Praha: Medical Healthcom, 2014. ISBN 978-80-905554-4-0.

### **Elektronické zdroje**

Jak se stát klinickým logopedem. *Asociace klinických logopedů* [online]. Praha, ©2017 [cit. 2017-03-01]. Dostupné z: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--jak-se-stat-klinickym-logopedem>

KOŠŤÁLOVÁ, Milena. Screening afázie: MASTcz. *Fakultní nemocnice Brno* [online]. Brno, ©2017 [cit. 2017-01-16]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunic/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305>

KOŠŤÁLOVÁ, Milena a kol. Dotazník funkcionální komunikace. *Fakultní nemocnice Brno* [online]. Brno, ©2017 [cit. 2017-01-18]. Dostupné z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunic/neurologicka-klinika/dotaznik-funkcionalni-komunikace-dfk/t4546>

O Lázních Darkov. *Lázně Darkov* [online]. Karviná, ©2015 [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <http://www.darkov.cz/o-laznich/>

Lázeňský komplex. Sanatoria Klimkovice [online]. ©2013 [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: <http://www.sanatoria-klimkovice.cz/www/cz/lazensky-komplex-2/>

Platný indikační seznam pro lázeňskou péči. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha, 20.01.2015 [cit. 2017-03-01]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/platny-indikacni-seznam-pro-lazenskou-eci\\_3241\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/platny-indikacni-seznam-pro-lazenskou-eci_3241_3.html)

## **6 Seznam příloh**

Příloha 1 – Vyšetřovací metody využívané u diagnostiky afázie

Příloha 2 – Dotazník vlastní konstrukce

Příloha 3 – Otázky k interview

## Příloha 1

### Vyšetřovací metody využívané u diagnostiky afázie

#### 1. Orientační vyšetření řeči

**Spontánní řeč** začínáme hodnotit již v rámci běžného kontaktu s pacientem. Všímáme si také spontánní verbální fluence, která by za normálních okolností neměla klesat pod 90 slov za minutu v rámci běžného hovoru. Užíváme běžných otázek zaměřených na každodenní život (Obereignerů, 2013).

**Porozumění** a jeho úroveň opět zjišťujeme pomocí běžného hovoru, kdy sledujeme, jak pacient reaguje na naše otázky. Začínáme od otázek vyžadujících odpověď ano/ne, pokračujeme s požadavkem ukazování předmětů pojmenovávaných vyšetřujícím (části těla, atp.). Nejobtížnější zkouškou porozumění jsou vícestupňové pokyny, např.: „Ukažte na stůl, potom noviny a podejte mi pero.“ (Cséfalvay, 2010).

**Opakování** hodnotíme na úrovni slov i vět různé délky. Kromě rozpoznání fluence mluvené řeči lze diferencovat konduktivní afázii, při které by vyšetřovaný vykazoval v oblasti opakování výrazně horší výsledky než u ostatních složek. Dále se zaměřujeme na transkortikální afázie, kdy je naopak vzhledem k ostatním modalitám řeči opakování na znatelně lepší úrovni (Cséfalvay, 2003).

O kompletním hodnocení můžeme mluvit až tehdy, pokud se nezaměří pouze na mluvenou řeč, ale diagnostikuje také tu psanou, tj. psaní a čtení (Klenková, 2006). **Čtení** rozdělujeme na dva směry, které mohou být narušeny různou měrou. Hlasité čtení a porozumění čtenému. **Psaní** lze zhodnotit tak, že pacientovi ukazujeme předměty nebo obrázky, jejichž název má za úkol napsat, dále se hodnotí spontánní písemný projev, opis slov a psaní diktátu (Cséfalvay, 2007).

#### 2. Vyšetřovací testy

K rozdělení diagnostických testů použijeme kritérium cíle diagnostiky, podle kterého kategorizuje ty nejpoužívanější testy Cséfalvay (2010):

### **Screening afázie**<sup>5</sup> (použití v akutní fázi, tzv. bedside testy)

**Aphasia Screening Test (AST)** – diagnostika pomocí tohoto testu, který definoval Reitan z původního Halstead-Wepmanova testu, využívá znakový přístup ke zkoumání jazykových problémů. Obsahuje jak levostranné (s výraznou převahou), tak pravostranné znaky. Zkouška má 31 položek a o její českou adaptaci se postaral Jan Preiss (Preiss, 1998).

**Mississippi Aphasia Screening Test (MAST)** – tento test patří mezi šest nejrozšířenějších screeningových testů pro diagnostikování afázie. Verzi, která byla upravena pro podmínky českého jazyka (MASTcz), nelze chápat jako doslovný překlad. Jazykový materiál bylo totiž nutné přizpůsobit jazykovým odlišnostem, které jsou mezi češtinou a angličtinou. Časová náročnost je max. 15 minut. Při vyšetřování zaznamenáváme věk a dosažené vzdělání, jelikož byl prokázán vliv těchto faktorů na výsledek. Test je rozdělen na 9 subtestů (automatická řeč, pojmenování, opakování, fluence při popisu, psaní na diktát, rozumění alternativním otázkám, rozumění slovu – identifikace objektu, rozumění verbální instrukci a rozumění čtené instrukci) a vyhodnocuje zvlášť rozumění (index rozumění), produkci (index produkce) a také součet obou těchto komponent (celkový jazykový index), (Košťálová, ©2017).

### **Klasifikace typu afázie a kvantifikace narušení**

**Western Aphasia Battery (WAB), (Kertesz, 1982)** – dvě hlavní části (verbální, neverbální) se dále dělí na 8 subtestů (spontánní řeč, verbální porozumění, opakování, pojmenování, čtení, psaní, apraxie a konstrukční, vizuálněprostorové a početní úlohy). K jeho administraci je k dispozici manuál, záznamový sešit, obrázky a pomůcky (předměty k pojmenování, 4 bíločervené kostky, Ravenovy progresivní matice, tužka a stopky). Vyhodnocení probíhá shrnutím jednotlivých položek a následným násobením či dělením příslušným indexem pro každý subtest (Kulišťák, 1998). Výsledkem je AQ, což je tzv. afatický kvocient, který určuje výsledek dosažený v testu. Jedinec může dosáhnout hodnot 0-100 přičemž za normu jsou považovány ty od 93,4 (Kulišťák, 2011).

---

<sup>5</sup>Screeningové testy jsou využívány také neuropsychology, následující uváděné rozsáhlejší baterie představují výbavu logopeda (Preiss, 1998).

Experimentální česká verze byla roku 1993 vytvořena Kulišťákem. WAB disponuje také upravenou tzv. bedside verzí pro užití v akutních stavech.

**Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)** – několikrát evidovaný test autorů Goodlase a Kaplanové z roku 1972 má i po letech téměř nezměněné hlavní principy. Provedení trvá 1-3 hodiny. Test je zaměřen na popis a strategie chování pacienta a disponuje pěti subtesty (Cséfalvay, 2003):

1. Konverzační a spontánní řeč – úvodní rozhovor a popis obrázku.
2. Porozumění řeči – ukazování na předměty, části těla, plnění příkazů a porozumění textu.
3. Mluvená řeč
  - motorika artikulačních orgánů,
  - automatické rady,
  - recitování, zpěv, reprodukce rytmu,
  - opakování slov a vět,
  - čtení slov,
  - krátké odpovědi,
  - pojmenování,
  - názvy zvířat,
  - čtení delších vět.
4. Porozumění psané řeči
5. Psaní

**Aachener Aphasie Test (AAT)** – tato baterie byla vytvořena roku 1983 pracovníky neurologické kliniky – Huber, Poeck, Weniger a Willmes a skládá se z šesti částí (spontánní řeč, Token test, opakování, psaní, pojmenování, porozumění). Cílem je kvalifikace, kvantifikace a popis afázie z hlediska různých jazykových modalit. AAT je dnes nejrozšířenějším diagnostickým prostředkem v německy mluvících zemích (Cséfalvay, 2003).

**Pražské afaziologické vyšetření (PAV)** - Mimrová<sup>6</sup> (1997) zpracovává diagnostické schéma na podkladě neurofyziologické teorie Hrbkovy s Pelikánovou korekcí. Schéma je užíváno v praxi neurologické kliniky a je určeno pro pacienty s fatickou poruchou. Rozděluje se na jedenáct subtestů (spontánní řeč, opakování, porozumění mluvenému slovu, pojmenování, automatické řady, zpěv, čtení, počítání ústní a písemné, kreslení, psaní), kdy každý z nich boduje jednu složku komunikačního celku (1-10). Každá položka subtestu se odvíjí od vzrůstající náročnosti kladené na výkon pacienta. Autorka vychází z předpokladu, že každé jednotlivé funkční centrum<sup>7</sup> se podílí na určitých činnostech. Vyšetření trvá 35-45 minut a pomocí procentuálního vyjádření se zaznamenává do tabulky a grafu. Test by měl především pomoci stanovit počáteční míru poškození jednotlivých složek komunikace a jejich vzájemný vztah. Tím se stává také vhodným východiskem pro volbu metodického postupu. Pro úspěšné provedení testu je zapotřebí jen několik předmětů (artikulačně nenáročná slova), karty s obrázky, písmeny a větami, krátký text ke čtení a tužka.

**Kvalitativní analýza poruch** (klinické vyšetření, zjišťuje mechanismus poruchy)

**Lurijovské neuropsychologické vyšetření (1980)** – testová baterie usilující o úplnou neuropsychologickou vyšetřující techniku, vycházející jak jinak než z neuropsychologické teorie A. R. Luriji. Vyšetření existuje ve dvou formách. LNNB I. Má 269 položek, verze II. byla předložena o 4 roky později a disponuje ještě 10 položkami navíc. Zhruba 30% je shodných. Jako výraznou a ne zcela vyvedenou změnu považuje Kulišťák (1998b) odstoupení od názvů škál a přechod k jejich kódovému označení. Jako další rozdíly uvádí tentýž autor diferenci mezi sadami používaných podnětových karet, kdy II. forma má karty očíslovány podle poradí, svázané do bloku a s většími obrázky kvůli klientům se zrakovým postižením. Forma II. Je na rozdíl od předchozí hodnotitelná pouze počítačem.

Kulišťák (1998b) hodnotí tuto baterii jako využitelnou především zkušenými neuropsychology.

---

<sup>6</sup>Poprvé je toto vyšetření popsáno roku 1964 autorkami Budínovou-Smělou a Mimrovou (Neubauer, 1998). Informace o jeho podobě jsou však čerpány z textu Mimrové (1997).

<sup>7</sup>Centrum akustické, optické, percepční logestetické, percepční grafestetické, logomotorické, grafomotorické, manipulace (Kulišťák, 1997).

**Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia (PALPA)** – diagnostická metoda vytvořená na základě kognitivně-neuropsychologické teorie jazykových procesů. Popsána roku 1997 autory Kayem, Lesserem a Coltheartem. Jde o velmi obsáhlou testovou baterii, zahrnující 60 úkolů rozdělených na 4 části (sluchové zpracování jazykových informací, čtení a psaní, sémantika a zpracování vět), (Cséfalvay, 2013).

**Vyšetření fatických funkcí (VFF)** – test, který vznikl roku 2003 zásluhou autorů Cséfalvaye, Košťálové a Klimešové, je oficiálně prvním vydaným komplexním testem dostupným pro logopedy, lékaře a psychology

**Hodnocení funkční komunikace** (zjišťuje pragmatické schopnosti v každodenních situacích)

**Dotazník funkcionální komunikace (DFK)** - slouží ke zjištění pragmatické roviny komunikace dospělých pacientů s afázií a je východiskem pro funkcionální terapii. O autorství tohoto dotazníku se zasloužili Milena Košťálová, Barbora Poláková, Petr Šmíd, Markéta Ulreichová, Naděžda Lasotová, Jiřina Klenková a Josef Bednařík. Jeho plné znění včetně následného terapeutického materiálu je k dispozici na stránkách Fakultní nemocnice Brno.

Další ze zahraničních vyšetření zabývajících se hodnocení pragmatické stránky komunikace lze uvést: Communication Activities in Daily Living (CADL-2), Communicative Effectiveness Index (CETI) a Conversation Analysis Profile of Persons with Aphasia (CAPPA).

**Hodnocení specifických dovedností**

**Token Test (TT)** – vyšetření hojně využívané i v našich podmínkách. Funguje na principu manipulace s barevnými kruhy a čtverci a vyjadřuje porozumění slovním a větným pokynům a také úroveň krátkodobé verbální paměti. Na porozumění řeči zaměřený test italských autorů De Renziho a Vignoliho musel zpočátku (1962) čelit kritice, která útočila na jeho jednostrannost či časovou náročnost. Výsledné skóre bere ohled na dosažené vzdělání vyšetřovaného (Cséfalvay, 2003). Kromě původní verze testu, která má více než

100 pokynů, existuje také verze zkrácená disponující 36 položkami, která byla stejnými autory uveřejněná roku 1978 (Neubauer, 1998).

**Boston Naming Test (BNT)** – poměrně širokého využití dosahuje toto vyšetření. Pojmenování obrázků je součástí mnoha neuropsychologických baterií. Také tento test má dvě varianty, ta kratší se sestává z 15 obrázků, delší pak z 60. Obrázky jsou uspořádány od nejjednodušších ke složitějším. Při potížích dostává pacient nápovědu ve formě vizuální charakteristiky nakresleného objektu. Další pomoc představuje tzv. fonemický klíč, čímž je zpravidla první hláska nebo slabika slova. Test při výsledném hodnocení rozlišuje věkovou skupinu a vzdělání jedince (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

**Test pojmenování obrázků (TPO)** – tento test byl vytvořen pro jazyk slovenský a obsahuje 60 černobílých kreseb (30 – podstatná jména, 30 – slovesa). Úkolem diagnostikovaného jedince je odpovědět na otázky: „Jednoslovně pojmenujte, co vidíte na obrázku.“ a „Co dělá?“. U tohoto testu definujeme tzv. tři stupně pomoci (Cséfalvay, Košťálová, 2013).

1. Sémantická nápověda – neobsahuje hledané slovo ani jeho část.
2. Ustálené slovní spojení.
3. Fonemická pomoc – pacientovi je prozrazena první hláska slova.

### **Hodnocení specifické populace**

**Boston Assesment of Severe Aphasia (BASA)**, (vyšetření pacientů s velmi těžkými stupni poruchy)

**Bilingual Aphasia Test (BAT)**, (vyšetření pacientů bilingválních a vícejazyčných)

### **Diferenciální diagnostika**

V rámci diferenciální diagnostiky je potřeba vyloučit následující příčiny řečové poruchy (Obereignerů, 2013):

1. Delirium, poruchy vědomí a orientace
2. Mentální postižení, demence
3. Sluchové postižení



4. Zrakové postižení
5. Poruchy hlasu, narušení orgánů podílejících se na mluvení

## Příloha 2

### Dotazník vlastní konstrukce

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Jana Trembošová a jsem studentkou oboru Logopedie na Univerzitě Karlově v Praze. Ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci na mé diplomové práci.

Tím, že popravdě odpovíte na následující otázky, mi pomůžete získat cenné informace, které poté použiji k výzkumu, který přibližuje logopedickou péči v rehabilitačních zařízeních. Dotazník je zcela anonymní a Vámi poskytnuté informace poslouží výhradně ke zpracování diplomové práce.

Velmi si cením Vaší ochoty a času, který strávíte vyplněním dotazníku.

---

***\*Doplňující otázka v případě, že pacient má potíže vyplnit dotazník samostatně:***

**Jaký je váš vztah k pacientovi?**

- a) Manžel, manželka
- b) Bratr, sestra
- c) Syn, dcera
- d) Vnuk, vnučka
- e) Zdravotnický personál
- f) Jiný.....

***Otázky na pacienta:***

#### **1. Pohlaví**

- a) Žena
- b) Muž

#### **2. Věk**

.....

#### **3. Jaké je vaše bydliště? (Okres)**

**4. Kdy se u vás poprvé logopedické potíže objevily?**

.....

**5. Navštěvoval(a) jste logopeda před přijetím do rehabilitačního sanatoria?**

- a) Ano
- b) Ne

**6. Pokud ano, jak často?**

- a) Více, než dvakrát týdně
- b) Dvakrát týdně
- c) Jednou týdně
- d) Jednou za dva týdny
- e) Méně, než jednou za dva týdny

**7. Jaká je příčina vašeho pobytu v rehabilitačním sanatoriu?**

- a) CMP
- b) Úraz hlavy
- c) Onkologické onemocnění
- d) Jiná.....

**8. Na jak dlouho máte rehabilitační pobyt předepsán?**

- a) Méně než 3 týdny
- b) 3 týdny
- c) 1 měsíc
- d) Jiná odpověď.....

**9. Jaké jsou vaše komunikační obtíže? (Možno více odpovědí)**

- a) Neplynulá řeč
- b) Poruchy rozumění řeči
- c) Deformace slov
- d) Snížená schopnost vyjadřování
- e) Nesrozumitelná řeč
- f) Poruchy dýchání
- g) Poruchy polykání
- h) jiné.....

**10. Připadá vám čas strávený na logopedii zde v sanatoriu dostatečný?**

- a) Ano, naprosto
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Určitě ne

**11. Účastní se někdo z vaší rodiny logopedických intervencí?**

- a) Ano, často
- b) Pouze zřídka
- c) Účastnil se na logopedii, kam jsem docházel(a) před tímto pobytem
- d) Vůbec ne

**12. Pokud ne, z jakého důvodu?**

- a) Časové důvody
- b) Vzdálenost zařízení od místa bydliště
- c) Nezámám z jejich strany
- d) Nepřeji si to já
- e) Nevím

**13. Věnujete se logopedické činnosti také mimo přímých terapií s logopedem?**

- a) Ano, pravidelně
- b) Občas
- c) Vůbec ne

**14. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ne, z jakého důvodu?**

- a) Nemám důvod, nechci se zlepšit
- b) Myslím, že to nepotřebuji, stačí mi terapie s logopedem
- c) Nemám na to čas
- d) Jiný důvod.....

**15. Znáte pojem alternativní nebo augmentativní komunikace?**

- a) Ano a běžně využívám
- b) Ano, zkoušel(a) jsem, ale nyní již nevyužívám
- c) Ano, ale nemám zkušenost
- d) Ne

**16. Pokud máte s nějakým systémem alternativní či augmentativní komunikace osobní zkušenost, označte jeho druh.**

- a) Předměty
- b) Fotografie
- c) Obrázky
- d) Piktogramy
- e) Písmo
- f) Jiné (napíšte).....

**17. Máte zkušenost se skupinovou logopedickou terapií?**

- a) Ano, zažila jsem zde v rehabilitačním sanatoriu
- b) Ano, zažila jsem v jiném zařízení
- c) Nemám zkušenost

**18. Trpíte nějakou smyslovou poruchou?**

- a) Těžká zraková vada (ovlivňuje můj každodenní život)
- b) Lehká zraková vada (např. dobrá korekce brýlemi)
- c) Těžká sluchová vada (ovlivňuje můj každodenní život)
- d) Lehká sluchová vada (např. dobře fungující sluchadlo)

**19. Máte v plánu pokračovat v docházení na logopedii také po ukončení tohoto pobytu?**

- a) Ano
- b) Ne

**20. Měla(a) byste zájem, pokud by to bylo možné, pokračovat v logopedické intervenci se stávajícím logopedem tohoto rehabilitačního sanatoria?**

- a) Ano
- b) Ne

## **Příloha 3**

### **Otázky k interview**

1. Jak dlouho působíte v praxi klinického logopeda?
2. Jak dlouho již působíte v tomto zařízení?
3. Kdo a jakým způsobem rozhoduje o zařazení logopedické intervence do celkového rehabilitačního plánu zde v sanatoriu?
4. Jak často přijímáte nové pacienty?
5. Jaká je frekvence logopedické intervence u jednotlivých pacientů?
6. Jaká je nejčastější NKS, se kterou se u vašich pacientů setkáváte?
7. Jaká je nejčastější diagnostická metoda, kterou uplatňujete u svých pacientů?
8. Jakou logopedickou metodu terapie ve své praxi nejvíce využíváte?
9. Jakých pomůcek, diagnostických a terapeutických materiálů využíváte?
10. Využíváte některých PC programů, technických pomůcek?
11. Využíváte skupinovou terapii?
12. Jak hodnotíte spolupráci s ostatními odborníky, kteří se podílejí na komplexní rehabilitaci daného jedince?
13. Jak hodnotíte spolupráci s rodinnými příslušníky? Mají zájem se podílet a být informováni?
14. Je možné, aby se logopedické intervence rodinní příslušníci přímo účastnili? Pokud ano, projevují o tuto možnost zájem?
15. Zajišťujete následnou logopedickou péči? Jakým způsobem?